

Руководство для участника

**Оптимальное вскармливание
новорожденных в родовспомогательных
учреждениях**

Это Руководство для преподавателя разработано Проектом «Здоровье матери и ребенка», который внедряется в Украине Институтом исследований и тренингов JSI при финансовой поддержке Агентства США по международному развитию (АМР США). Руководство базируется на рекомендациях ВОЗ и принципах научно-доказательной медицины.

Все материалы, содержащиеся в данной публикации, не всегда могут выражать мнения и взгляды Агенства США по Международному развитию.

Ответственность за интерпретацию и использование данного материала возлагается на читателя.

Благодарности

Авторы публикации хотели бы поблагодарить персонал проекта «Здоровье матери и ребенка» за предоставленную техническую и организационную помощь. Особая благодарность – специалистам штаб-квартиры JSI в Бостоне за их вклад в разработку документа.

Авторы:

Александр Голубов, Специалист по грудному вскармливанию, проект «Здоровье матери и ребенка»

Виктория Нестерова, Консультант по грудному вскармливанию, проект «Здоровье матери и ребенка»

Елен Лефевр-Шоле, врач, международный специалист по вопросам здоровья матери и ребенка, директор проекта «Здоровье матери и ребенка»

Перевод и редактирование - ***Лариса Северьянова***, переводчик, проект «Здоровье матери и ребенка»

Дальнейшую информацию Вы можете получить здесь:

Проект «Здоровье матери и ребенка»

ул. Большая Житомирская 8/14, № 5

Киев 01025, Украина

Тел. +380 44 537 0944

+380 44 279 4512

e-mail: sasha@jsi.com.ua

www.mihp.com.ua

Содержание – Руководство для преподавателя

Введение в курс

- Занятие 1.** Введение в кормление младенцев и детей раннего возраста (стр. 17)
- Занятие 2.** Зачем необходимо способствовать грудному вскармливанию (стр. 20)
- Занятие 3.** Влияние родовспомогательных практик на грудное вскармливание (стр. 30)
- Занятие 4.** Как «работает» грудное вскармливание. Первая неделя кормления грудью: что есть нормой? (стр. 35)
- Занятие 5.** Прикладывание и положение ребенка у груди. Признаки правильного прикладывания (стр. 45)
- Занятие 6.** Навыки консультирования. «Слушать и узнавать» (практическое занятие в родильном доме) (стр. 62)
- Занятие 7.** Частые проблемы у матерей в начале грудного вскармливания (стр. 74)
- Занятие 8.** Частые проблемы у детей в начале грудного вскармливания (стр. 91)
- Занятие 9.** Кормление больных и маловесных детей (стр. 107)
- Занятие 10.** Сцеживание грудного молока (стр. 120)
- Занятие 11.** Уход за ребенком по методу «кенгуру» (стр. 127)
- Занятие 12.** Кормление детей и ВИЧ (стр. 131)
- Занятие 13.** Болезни и использование медикаментов матерями, кормящих грудным молоком (стр. 137)
- Занятие 14.** Формирование у матери уверенности в ее способности кормить грудью (стр. 144)
- Занятие 15.** Оценка грудного вскармливания в родовспомогательном учреждении (стр. 152)
-
- Приложение 1.** Пособие в наблюдении за грудным вскармливанием (стр. 154)
- Приложение 2.** Оценка грудного вскармливания в родовспомогательном учреждении (стр. 155)

Введение в курс

В чем необходимость данного курса

Глобальная стратегия кормления младенцев и детей раннего возраста была разработана совместно ВОЗ и Детским фондом ООН (UNICEF) в 2002 году с целью вновь обратить внимание мировой общественности на то, как модель кормления влияет на состояние питания, физическое и умственное развитие, здоровье и выживаемость младенцев и детей раннего возраста. Эта стратегия базируется на выводах и рекомендациях экспертов-консультантов, результатом которых стала общая рекомендация общественного здравоохранения защищать, способствовать и распространять исключительное грудное вскармливание до шести месяцев с последующим введением безопасного и адекватного прикорма на фоне продолжения грудного вскармливания до двух лет и более.

«Буквально все матери могут кормить грудью, если они будут достаточно проинформированы и будут иметь поддержку семьи, общественности и системы здравоохранения,» - сказал Генеральный директор ВОЗ Ли Йон-Вок (LEE Jong-wook). «Правительствам следует как можно быстрее и эффективнее внедрять эту важную стратегию».

Отсутствие грудного вскармливания (особенно отсутствие исключительно грудного вскармливания в первые полгода жизни) – это значительный фактор риска младенческой и детской заболеваемости и смертности. Эти факторы риска усложняются неправильным введением прикорма по мере роста ребенка.

«Исключительно грудное вскармливание в первые полгода жизни, наряду с продолжением грудного вскармливания и введением надлежащих продуктов питания после полугодия, снижает количество детей, умирающих от недоедания» - сказал д-р Ли. Недоедание является причиной более 50% всех смертей среди детей в возрасте до 5 лет.

Изначально неправильные модели вскармливания детей являются основной проблемой во многих странах. Успешное начало грудного вскармливания в родильном зале в течение 2 часов после рождения ребенка, а также последующее качественное консультирование являются основой длительного грудного вскармливания. «Поддержка раннего начала грудного вскармливания может внести огромный вклад в достижение целей развития тысячелетия по выживаемости детей: 16% неонатальных смертей можно было бы предотвратить, если бы дети вскармливались грудью с первого дня жизни, а 22% - если б грудное вскармливание было начато в первый час после рождения.». (Source: Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BF. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics* 2006; 117(3):e380-386).

К сожалению, многие матери после выписки из родильного стационара не совсем уверены в том, что они будут продолжать кормить ребенка исключительно грудью в течение 6 месяцев. Знания того, как следует кормить детей раннего возраста, базируются на семейных традициях, практиках, принятых в данном обществе, а также на информации, исходящей от медработников. Реклама и маркетинг производителей искусственных смесей часто служит источником информации для многих людей – как для семей, так и для медицинских работников.

Необходимо обучить тех медицинских работников родовспомогательных учреждений, особенно роддомов, которые осуществляют консультирование матерей и семей по вопросам вскармливания новорожденных, предоставлять эффективную информацию и поддержку матерям, воспитывать в них уверенность в грудном вскармливании, как рекомендуют ВОЗ и UNICEF.

Этот тренинг может использоваться в дополнение к существующим учебным курсам, например, Эффективный перинатальный уход, разработанный ВОЗ совместно с John Snow Inc. Данный курс может также использоваться в группах поддержки грудного вскармливания и преподавателями медицинских учебных заведений.

Дополнительные источники. Эти ресурсы можно загрузить с Интернет-страниц ВОЗ:

www.who.int/child-adolescent-health/publications или www.who.int/nut/publications

- Global Strategy for Infant and Young Child Feeding Geneva, 2003.
- Protecting, Promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF Statement, Geneva, 1989
- International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva, 1981.
- The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: Frequently Asked Questions. WHO, Geneva, 2006.
- Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding WHO/CHD/98.9
- Annex to the Global Criteria for Baby-friendly Hospitals: Acceptable Medical Reasons for Supplementation
- Annex to Breastfeeding Counselling: A training Course on Breastfeeding and Maternal Medication: Recommendations for drugs in the WHO Model List of Essential Drugs WHO/CDR/95.11
- Relactation – a review of experience and recommendations for practice WHO/CHS/CAH/98.14
- Mastitis: causes and management WHO/FCH/CAH/00.13
- Community-Based Strategies for Breastfeeding Promotion and Support in Developing Countries WHO 2003
- Complementary Feeding – family foods for breastfed children. WHO/NHD/00.1
- Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child. 2003, PAHO/WHO, Division of Health Promotion and Protection/Food and Nutrition Program, Washington, DC, USA.
- Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries: a review of current scientific knowledge. WHO/NUT/98.1
- The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. WHO/NHD/01.08
- Breastfeeding Counselling: A training course. WHO/CDR/ 93.4; UNICEF/NUT/93.2
- HIV and Infant Feeding Counselling: a training course WHO/FCH/CAH/00.3
- Complementary Feeding Counselling: a training course WHO
- A critical link-interventions for physical growth and psychological development, a review. WHO/CHS/CAH/99.3
- HIV and Infant Feeding – guidelines for decision-makers Geneva, 2003
- HIV and Infant Feeding – a guide for health care managers and supervisors Geneva, 2003
- HIV and Infant Feeding – a review of HIV transmission through breastfeeding Geneva, 2004
- Guiding principles for feeding the non-breastfed child 6-24 months. Geneva, 2005
- Infant and young child feeding: A tool for assessing national practices, policies and programmes, Geneva 2003
- HIV and infant feeding: Framework for priority action. Geneva, 2003
- HIV and infant feeding: Counselling tools. Geneva, 2005.
- Hepatitis B and breastfeeding update. WHO 1996
- Breastfeeding and maternal tuberculosis update. WHO 1998
- Acta Paediatrica: WHO Child Growth Standards. Acta Paediatrica Supplement 2006; 450: 5-101
- De Onis M et al. The WHO Multicentre Growth Reference Study (MGRS): Rationale, planning and implementation. Food and Nutrition Bulletin 2004; 25 (Supplement 1): S3-S84

Департамент безопасности продуктов питания ВОЗ fos@who.int

- Basic principles for the preparation of safe food for infants and young children WHO/FNU/FOS/96.6 www.who.int/fsf/Documents/brochure/basic.pdf
- Adams M, & Motarjemi, Y. Basic Food Safety for Health Workers. WHO/SDE/PHE/FOS/99.1
- Five keys to safer food (poster). WHO/SDE/PHE/FOS/01.1
<http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/5keys/en/index.html>
- Five keys to safer food manual
<http://www.who.int/foodsafety/consumer/5keysmanual/en/index.html>
Available from WHO, HIS (HIV/AIDS/STI)
- Counselling for HIV/AIDS: a key to caring WHO/GPA/TCO/HCS/95.15
- HIV in Pregnancy: a Review WHO/CHS/RHR/99.15; UNAIDS 99.35
Available from UNAIDS Information Centre, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland

unaids@unaids.org

- Prevention of HIV transmission from mother to child: Strategic options. UNAIDS/99.44E
- Counselling and Voluntary HIV testing for pregnant women in high HIV prevalence countries: elements and issues. UNAIDS/99.40E

Available from WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

- Fleischer Michaelsen K, Weaver L, Branca F, Robertson A, Feeding and nutrition of infants and young children – guidelines for the WHO European Region. WHO Regional Publication, European Series, No 87, 2000

Available from UNICEF, Nutrition Section, 3 United Nations Plaza, New York NY 10017, USA:

wdemos@unicef.org

- Engle P. The Care Initiative: assessment, analysis and action to improve care for nutrition. New York: UNICEF Nutrition Section, 1997.

- Armstrong, HC. Techniques of Feeding Infants: the case for cup feeding. Research in Action, No 8, June 1998, UNICEF, NY

Available from Teaching Aids At Low Cost, PO Box 49, St Albans, Herts AL1 5TX, UK, Fax: +44-1727-846852 www.talcuk.org

- Savage-King, F & Burgess, A, Nutrition for Developing Countries, ELBS, Oxford University Press, 1995

- Mary Kroeger and Linda J. Smith “Impact of Birthing Practices on Breastfeeding – Protecting the Mother and Baby Continuum”, 2004

Введение в кормление младенцев и детей раннего возраста

Слайд 1. Глобальная стратегия кормления младенцев и детей раннего возраста

Глобальная Стратегия по кормлению детей

- Разработана ВОЗ и ЮНИСЕФ с целью возобновления всемирного внимания на то, как влияют практики кормления на детей
- Неправильное питание, прямо или косвенно, несет ответственность за более чем 50% из 10,6 миллиона смертей среди детей в возрасте до 5 лет
- Более 2/3 этих смертей происходит в первый год жизни

Reinforcing Optimal Feeding Practices in Perinatal Health Care Facilities – Trainer's guide

• Глобальная стратегия кормления младенцев и детей раннего возраста была разработана ВОЗ совместно с Детским фондом ООН (UNICEF) с целью активизировать внимание общественности к влиянию практик кормления на состояние питания, физическое и умственное развитие, а также состояние здоровья и саму выживаемость младенцев и детей раннего возраста.

• Нарушения питания прямо или косвенно стали причиной более 50% из 10,6 млн. случаев смерти ежегодно среди детей в возрасте до 5 лет.

• Намного более двух третей этих смертей, связанных с неправильными практиками кормления, происходят в первый год жизни.

Слайд 2. Политические начинания

Политические начинания

- Международный Код маркетинга заменителей грудного молока (1981)
- Декларация Инноченти (1990)
- Инициатива клиник дружественного отношения к ребенку (1991)
- Глобальная стратегия по кормлению детей (2002)

Reinforcing Optimal Feeding Practices in Perinatal Health Care Facilities – Trainer's guide

• Глобальная стратегия начала внедряться в 2002 году. Она развилась из предыдущих инициатив, таких как: Международный кодекс маркетинга заменителей грудного молока (1981), Декларация Innocenti (1990), а также инициатива Больница, дружественного отношения к ребенку (1991).

• Глобальная стратегия разработана как руководство к действию для правительств и других заинтересованных сторон, например, профессиональных медицинских ассоциаций, неправительственных организаций, коммерческих структур и

международных организаций.

• Стратегия перечисляет рекомендации ВОЗ / Детского фонда ООН (UNICEF) по оптимальным практикам кормления младенцев и детей раннего возраста, объясняет обязанности и ответственность правительств и заинтересованных сторон, а также описывает действия, необходимые, чтобы защитить, способствовать и поддерживать матерей в выполнении таких рекомендаций по кормлению.

**ГЛОБАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ КОРМЛЕНИЯ МЛАДЕНЦЕВ И ДЕТЕЙ РАННЕГО
ВОЗРАСТА:
РЕЗЮМЕ И ОПЕРАТИВНЫЕ ЦЕЛИ**

Правительства всех стран призываются к:

А. Выполнению предыдущих целей Декларации Инноченти (Innocenti):

1. Назначить национального координатора по грудному вскармливанию с соответствующими полномочиями и создать многосекторный национальный комитет по грудному вскармливанию.
2. Обеспечить, чтобы все родовспомогательные учреждения полностью выполняли «10 шагов успешного грудного вскармливания», перечисленных в документах ВОЗ / Детского фонда ООН (UNICEF) по грудному вскармливанию и родовспоможению.
3. Внедрять Международный кодекс маркетинга заменителей грудного молока и вытекающие из него резолюции.
4. Разработать законодательную базу, защищающую права работающих женщин на грудное вскармливание и средства для обеспечения ее выполнения.

В. Внедрению следующих пяти НОВЫХ целей:

5. Разработать, мониторировать и оценивать общую политику кормления младенцев и детей раннего возраста.
6. Секторами здравоохранения и другими соответствующими департаментами обеспечить защиту и поддержку исключительно грудного вскармливания до 6 месяцев с продолжением грудного вскармливания до 2 лет и более, а также предоставить женщинам всяческую поддержку.
7. Способствовать своевременному введению адекватного и безопасного прикорма на фоне продолжения грудного вскармливания.
8. Предоставить рекомендации по кормлению младенцев и детей раннего возраста в особо трудных ситуациях.
9. Рассмотреть необходимость в разработке новых законодательных документов или других соответствующих мер для внедрения Международного кодекса маркетинга заменителей грудного молока и последующих резолюций.

Принципы успешного грудного вскармливания.

Совместная декларация ВОЗ/ЮНИСЕФ "Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания: особая роль родовспомогательных служб"

1. Иметь в наличии Политику в отношении практики грудного вскармливания, строго ее придерживаться и регулярно доводить ее положения до сведения медицинского персонала и рожениц.
2. Обучать медицинский персонал необходимым навыкам для осуществления практики грудного вскармливания.
3. Информировать всех беременных женщин о преимуществах и технике грудного вскармливания.
4. Помогать матерям начинать грудное вскармливание в течение первого часа после родов.
5. Показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они временно отделены от своих детей.
6. Не давать новорожденным никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока, за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями.
7. Практиковать круглосуточное нахождение матери и новорожденного рядом в одной палате.
8. Поощрять грудное вскармливание по требованию младенца, а не по расписанию.
9. Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никаких успокаивающих средств и устройств, имитирующих материнскую грудь (соски и др.).
10. Поощрять организацию групп поддержки грудного вскармливания и направлять матерей в эти группы после выписки из родильного дома или больницы.

Слайд 3. Исключительно грудное вскармливание

Исключительно грудное вскармливание

- Грудное вскармливание – идеальное питание для здорового и оптимального роста и развития детей
- Дети должны вскармливаться исключительно грудным молоком в первые 6 месяцев жизни

Reinforcing Optimal Feeding Practices in Perinatal Health Care Facilities – Trainer's guide

ходе данного тренинга.

- Грудное вскармливание предоставляет пищу, идеальную для здорового физического и умственного развития младенца. В первые шесть месяцев жизни все, что ему необходимо, ребенок получает с грудным молоком.
- Глобальная рекомендация общественного здравоохранения – дети в возрасте до 6 месяцев должны вскармливаться исключительно грудным молоком.
- Мы будем много обсуждать исключительно грудное вскармливание в

Исключительно грудное вскармливание означает кормление ребенка только грудным молоком, без дополнительных жидкостей или твердой пищи, даже воды. Разрешается давать ребенку капли или сиропы, состоящие из витаминных препаратов, минералов или лекарственных средств.

Слайд 4. Продолжение грудного вскармливания

Продолжение грудного вскармливания

- После 6 месяцев дети должны получать адекватный в питательном отношении и безопасный прикорм **при продолжении** грудного вскармливания до двух лет или более.

Reinforcing Optimal Feeding Practices in Perinatal Health Care Facilities – Trainer's guide

Достижение ребенком возраста 6 месяцев не означает, что он готов обходиться без грудного молока.

- Глобальная рекомендация общественного здравоохранения: после полугода ребенку необходимо вводить прикорм, но при этом продолжать кормить его грудью до двух лет или более.
 - Буквально все матери могут кормить своих детей исключительно грудным молоком до полугода и продолжать грудное вскармливание и дальше, при условии правильного информирования и поддержки семьи и общества.
- Матери должны иметь доступ к квалифицированной практической помощи лиц, обученных консультированию по грудному вскармливанию, которые могут вселить в них уверенность, улучшить технику кормления и предотвратить или разрешить трудности грудного вскармливания.

Зачем необходимо способствовать грудному вскармливанию

Основные компоненты человеческого молока и молока животных

Слайд 2. Грудное вскармливание – обычный компонент взращивания потомства млекопитающих

Грудное вскармливание – необходимый компонент в жизни млекопитающих

- У млекопитающих ребенок не становится самостоятельным сразу после рождения
- Необходим дополнительный период в неутробного питания и защиты ребенка
- Млекопитающие сами производят необходимое питание, оптимальное для созревания систем организма своих детенышей



Стадия I: питание через плаценту

Стадия II: Питание через грудь

Детеныши млекопитающих рождаются чрезвычайно зависимыми от матери. Их организм еще незрел, и они полагаются на своих матерей, которые дают им специальное питание, иммунную защиту и уход через молоко, специфичное для каждого вида, и грудное вскармливание. С рождением малыша система «мать – плацента – плод» трансформируется в систему «мать – молочная железа – детеныш». По сути, грудное вскармливание является следующим шагом после кормления через плаценту. «Неразъемное соединение» через пуповину и постоянное снабжение питательными веществами заменяются

«разъемным соединением» (молочная железа – рот детеныша), но мать и младенец все еще тесно связаны друг с другом.

Слайд 3. Состав молока различных млекопитающих (1)

Состав молока у различных млекопитающих (1)

- Млекопитающие, которые оставляют своих детенышей на долгое время: много жиров, протеина, низкое содержание сахара.
Например: тюлень, заяц
Тюлень: жиры - 49.4%, протеин - 10.2%, углеводы - 0.1%
- Млекопитающие, детеныш которых могут следовать за своими матерями сразу после родов, быстро растут, набираются силы (жвачные животные, животные семейства лошадиных). Много минеральных солей – сильные кости. Много протеина – сильные мышцы.
Например: корова, коза, лошадь



Все виды млекопитающих вырабатывают молоко, подходящее для детенышей именно своего вида. Состав молока у разных видов млекопитающих сильно отличается. Различия в составе молока отражают зрелость новорожденных, то, как эти млекопитающие ухаживают и как часто они кормят своих детенышей. Все виды млекопитающих делятся на четыре широких категории в зависимости от того, как они ухаживают за своим потомством (Bergman, 2001): «детеныш спрятан», «детеныш следует за матерью», «детеныш в гнезде» и «детеныша носят».

Слайд 4. Состав молока различных млекопитающих (2)

Состав молока у различных млекопитающих (2)

Млекопитающие, которые носят своих детенышей с собой и часто кормят грудью долгое время:

- Нет необходимости «паковать» в ребенка питательные вещества
 - Низкое содержание протеина
 - Низкое содержание солей
- Высокое содержание углеводов (лактоза) для роста мозга.

Например: приматы



4,2% жира, 1% белка (почти половина белка – различные иммунные факторы).

- Человеческое молоко содержит самое малое количество белка по сравнению с молоком других млекопитающих. Человеческие детеныши рождаются очень незрелыми. Их необходимо часто кормить и носить.

Человеческое молоко «призвано» поддерживать быстрый рост и развитие большого головного мозга человека. Содержание углеводов в человеческом молоке очень высоко (7% лактозы). Это дает энергию для быстрого роста и интенсивной работы головного мозга человеческого ребенка.

Молоко животной группы «детеныш следует за матерью», например, коровы или козы, используется в качестве заменителя грудного молока не потому, что оно отлично подходит для ребенка, а потому, что оно дешевое и доступное.

Слайд 5. Грудное вскармливание питает ребенка

Грудное вскармливание питает ребенка

- Грудное молоко содержит все необходимые питательные вещества именно в тех количествах, которые необходимы малышу
- Многие из этих веществ – уникальны и их невозможно ничем заменить
- Грудное молоко постоянно изменяется, подстраиваясь под потребности ребенка



На втором году лактации грудное молоко более калорийно и содержит больше жиров. Содержание лактоферрина, лизоцима и иммуноглобулина А также возрастает

ребенок мог что-либо усвоить – но при этом младенцу приходится справляться с повышенной нагрузкой по выведению излишка этих веществ. Кроме того, эти излишки могут и способствовать росту патогенных организмов. Например, в смеси добавляется намного больше железа (12 -12.8 мг/л), чем его содержится в грудном молоке (0.3 мг/л). Для неискушенного человека, сравнивающего составы смесей и грудного молока, может создаться впечатление, что смесь обогащена железом по сравнению с грудным молоком (в 40 раз больше железа, чем в грудном молоке!). Но эта разница так велика, потому что железо из смеси усваивается намного хуже (из грудного молока усваивается 50-75% железа, а из смесей – всего 3-12%). При этом железо грудного молока в кишечнике ребенка связано с транспортными белками лактоферрином и

- Человек развивался как млекопитающее группы «детеныша носят».

- Млекопитающие группы «детеныша носят» (приматы и сумчатые). Млекопитающие группы «детеныша носят» рождаются очень незрелыми. Они нуждаются в тепле материнского тела, и мать их постоянно носит.

- Детеныши всегда имеют доступ к молочной железе, и часто их кормят круглосуточно. Поэтому молоко должно быть некалорийно. В молоке животных группы «детеныша носит» содержится относительно мало жиров и белков.

- Зрелое человеческое молоко содержит 7,4% углеводов (в основном это лактоза),

- Грудное молоко содержит именно те белки, углеводы, жиры, витамины и минералы, и именно в том соотношении, которое необходимо для роста и развития человеческого младенца. Коровье молоко, соевый белок, кукурузный сироп, сахар, соевое масло и кокосовое масло используются для изготовления смесей не потому, что они более подходящие для ребенка, а потому, что они дешевы и доступны.

- Многие составляющие заменителей грудного молока тяжелы для переваривания и усвоения ребенком. Поэтому они добавляются в молочные смеси в больших количествах, чтобы

трансферрином и доступно только ребенку, а не патогенным микроорганизмам. Свободное железо из смесей (в смесях нет лактоферрина и трансферрина), которого к тому же очень много, поощряет рост таких патогенных бактерий как *Escherichia coli*, *Salmonella*, *Clostridium*, *Bacteroides*, *Staphylococcus* (эти микроорганизмы нуждаются в железе для своего роста).

Если просто сравнить:

- Сравнение содержания питательных и минеральных веществ показывает, что в грудном молоке содержится более 300 веществ. Многие из этих веществ уникальны, их невозможно заменить, и в смесях их просто нет. В молочной смеси компонентов намного меньше, всего 30-40, таким образом, ребенок-искусственник недополучает более 250 веществ.

- Также важен способ подачи молока. Каждый эпизод кормления грудью способствует тесному контакту между матерью и ребенком и формированию родственных уз.

- Грудное молоко – динамичная жидкость, меняющая свой состав в зависимости от времени дня и в зависимости от периода лактации, приспосабливаясь к потребности ребенка.

К примеру, молозиво вырабатывается в маленьком объеме, но имеет высокую концентрацию антиинфекционных факторов, антиоксидантов, витаминов, меньшее содержание лактозы, но больше протеина, чем в зрелом молоке.

Молоко матерей недоношенных детей содержит больше калорий, липидов, протеина, общего азота, жирных кислот, некоторых витаминов и минералов, чем молоко матерей доношенных детей.

Состав молока меняется и в ходе каждого кормления, а также в зависимости от времени суток.

Содержание жиров в молоке увеличивается по мере опустошения груди.

Необходимо отметить, что грудное молоко остается важным источником питательных веществ и защищает ребенка от заболеваний во время **всего** периода грудного вскармливания. Вопреки распространенному мнению, грудное молоко не теряет своей энергетической ценности по мере развития лактации и не превращается в «воду». Исследования показали, что концентрация некоторых питательных веществ и антиинфекционных факторов возрастает. Около 500 мл грудного молока на втором году жизни ребенка обеспечивают:

- 1/3 его потребности в калориях,
- 43% его потребности в протеине,
- 36% потребности в кальции,
- 75% потребности в витамине А,
- 76% потребности в фолиевой кислоте,
- 94% потребности в витамине В₁₂,
- 60% потребности в витамине С

Концентрация иммуноглобулинов особенно высока в молозиве. Она снижается в зрелом молоке, но это снижение компенсируется большим объемом потребляемого ребенком молока. Но на втором году лактации концентрации лизоцима, лактоферрина, общего и секреторного иммуноглобулина А выше, чем на первом году лактации.

Ребенок в течение всего периода кормления грудью ежедневно получает 0,5 г секреторного иммуноглобулина А в сутки (основной иммуноглобулин грудного молока, который защищает слизистые ребенка – главные ворота инфекции для детей этого возраста). Это в пятьдесят раз больше, чем суточная доза IgA, которую получают пациенты с гипоглобулинемией [1].

Слайд 6. Некоторые компоненты женского молока, которые помогают пищеварительной функции ребенка

Некоторые компоненты ГМ, которые способствуют работе пищеварительной системы ребенка

- Липаза: желчные соли, стимулированные липазой, активизируются в кишечнике ребенка и помогают усвоить жиры
- Амилаза: гидролиз полисахаридов (крахмалов)
- Протеазы
- Ксантиноксидаза: носитель железа и молибдена
- Глутатионпероксидаза: носитель селена
- Щелочная фосфатаза: носитель цинка и магния

Ферменты, содержащиеся в грудном молоке, помогают созреванию кишечника ребенка и способствуют пищеварению и усвоению грудного молока. В каком-то смысле можно сказать, что грудное молоко «само себя переваривает».

Дети, которые вскармливаются молочной смесью, не получают этих компонентов поэтому их незрелая система пищеварения работает с большей

нагрузкой. К примеру, жир из молочных смесей усваивается не полностью и с большей нагрузкой для ЖКТ ребенка. Неусвоенные жиры дают неприятный запах стула детей на искусственном вскармливании. Намного тяжелее переваривать ребенку и другие компоненты смесей.

Амилаза грудного молока помогает ребенку адаптироваться к прикорму.

Кроме этого, некоторые ферменты грудного молока являются еще и антиинфекционными факторами, например, активируемая желчными солями липаза.

Активируемая желчными солями липаза: Поджелудочная железа новорожденного самостоятельно вырабатывает очень малое количество липазы по сравнению с молочной железой или поджелудочной железой взрослого человека. Однако новорожденные дети достаточно хорошо переваривают липиды, несмотря на то низкое количество липазы, которое они вырабатывают. Это происходит из-за того, что активируемая желчными солями липаза, вырабатываемая молочной железой и поступающая в организм ребенка с грудным молоком, компенсирует низкое количество собственных ферментов новорожденного и помогает ребенку усваивать липиды.

Свободные жирные кислоты, которые образуются при расщеплении триглицеридов активируемой желчными солями липазой, имеют сильное противовирусное и антипротозойное действие. Также было обнаружено, что активируемая желчными солями липаза является основным фактором, инактивирующим патогенных простейших.

Слайд 7. Грудное вскармливание защищает потомство

Грудное вскармливание защищает ребенка

- Ребенок постоянно получает антиинфекционные факторы и днем, и ночью
- Не только антитела...
- Антиинфекционные факторы грудного молока взаимосвязаны и усиливают действие друг друга
- Мать «сканирует» ребенка
- Помогают ребенку развить собственную иммунную систему

- Грудное молоко защищает ребенка от заболеваний. Это было признано уже сотни лет назад. «Привилегированных» детей: детей знати, царских семей кормили дольше.

- Каждый раз, во время каждого прикладывания к груди, ребенок, кроме питания, получает новую порцию антиинфекционных факторов. Эти вещества уникальны и не содержатся в искусственных смесях.

- Более того, грудное вскармливание помогает развитию собственного сильного иммунитета у ребенка. Так, к примеру, исследования показали, что дети на искусственном вскармливании

хуже вырабатывают иммунитет в ответ на вакцинацию, чем груднички.

- Грудное вскармливание обеспечивает ребенку несколько линий защиты: например, антитела к специфичным патогенам (В грудном молоке обнаружены иммуноглобулины всех типов. Значительный уровень секреторного иммуноглобулина А сохраняются в течение всего лактационного периода.), жирные кислоты, лизоцим, лактоферрин – защита широкого спектра и т.д.

- Пример компонента, который способствует активному восстановлению поврежденных слизистых ЖКТ – обнаруженный в молоке панкреатический секреторный ингибитор трипсина (ПСИТ).

ПСИТ обычно обнаруживается в поджелудочной железе, где эта молекула защищает протоки от воздействия пищеварительных ферментов. Ученые предполагают, что подобную же роль ПСИТ играет и в кишечнике. ПСИТ есть и в грудном молоке, особенно высок его уровень в молозиве (в 7 раз выше, чем в зрелом молоке). ПСИТ отсутствует в смеси

Когда в исследовании (Marchbank et al., 2009) клеткам кишечника причиняли ущерб, ПСИТ стимулировал восстановительный процесс, в ходе которого поврежденная область затягивалась естественным защитным «пластырем».

Было также установлено, что ПСИТ предотвращает дальнейшее повреждение ткани, останавливая саморазрушение клеток. Дополнительное изучение показало, что ПСИТ способен на 75% уменьшить повреждение клеток, втрое увеличивает подвижность и пролиферацию клеток. ПСИТ работает синергично с эпидермальным фактором роста

- Многие защитные факторы грудного молока выполняют более одной функции. Примерами являются секреторный иммуноглобулин А, лактоферрин и лизоцим.
- Компоненты грудного молока взаимно усиливают эффективность друг друга.

Дальнейшая информация

Лизоцим

Грудное молоко содержит лизоцим – неспецифичный противомикробный фактор. Это термостойкий и кислотостойкий фермент, который повреждает клеточные стенки микроорганизмов. Лизоцим в высокой концентрации обнаруживается в стуле младенцев, находящихся на грудном вскармливании, и отсутствует в стуле детей на искусственном вскармливании.

Уровень лизоцима в женском молоке в 300 раз выше, чем в коровьем. Лизоцим – это бактериостатический фактор, который противостоит Enterobacteriaceae и грам-положительным микроорганизмам. Концентрации лизоцима, лактоферрина, общего и секреторного иммуноглобулина А на втором году лактации выше, чем на первом году лактации.

Лактоферрин

Лактоферрин – это многофункциональный белок, имеющий противомикробное и иммуномодулирующее действие. Это компонент первой линии самозащиты организма. Он принадлежит к группе гликопротеинов, которые «транспортируют» железо (трансферрин).

Лактоферрин выполняет несколько физиологических функций, а именно:

- регулирование усвоения железа из ЖКТ,
- способствование росту клеток кишечника,
- защита от микробной инфекции,
- регулирование миелопоэза и системной иммунной реакции.

Бактериостатический эффект лактоферрина отмечается для широкого спектра микроорганизмов, включая грам-положительные и грам-отрицательные аэробные, анаэробные микроорганизмы и грибки. Некоторое антибактериальное действие лактоферрина объясняется его способностью связывать железо. Многие патогенные бактерии нуждаются в железе для нормального роста. Дети, которые вскармливаются молочной смесью, не получают лактоферрин, но получают железо в больших количествах в составе смесей, так как железо не очень хорошо усваивается из заменителей грудного молока (нет лактоферрина, нет трансферрина). Молочная смесь содержит на 4000% больше железа, чем необходимо ребенку. Это железо способствует росту патогенных микроорганизмов.

Лактоферрин также может препятствовать прикреплению бактерий к стенкам кишечника.

Уровень лактоферрина очень высок в молозиве ($7,0 \pm 0,3$ мг/мл), позже концентрация постепенно снижается к $3,5 \pm 0,2$ мг/мл в переходном молоке и остается на уровне около $1,5 \pm 0,2$ мг/мл в зрелом молоке. Лактоферрин составляет от 10% до 15% всей белковой составляющей женского молока.

- Иногда встречаются **ошибочные** утверждения, что из-за того, что ребенок на грудном вскармливании получает антитела и другие защитные компоненты от матери, его собственная иммунная система не тренируется и развивается менее активно. Однако это – заблуждение. Исследования говорят об обратном.

На самом деле, грудное вскармливание помогает развитию собственного сильного иммунитета у ребенка.

Так, было показано, что концентрация собственного секреторного IgA у детей на полном грудном вскармливании выше и нарастает быстрее, чем у искусственников. (Fitzsimmons SP, et al. 1994, Koutras, A.K., 1989).

Дети **на искусственном** вскармливании **хуже** вырабатывают иммунитет в ответ на вакцинацию, чем груднички.

Дети на искусственном вскармливании хуже вырабатывают иммунитет в ответ на вакцинацию, чем груднички: список литературы:

Silfverdal SA, Ekholm L, Bodin L. "Breastfeeding enhances the antibody response to Hib and Pneumococcal serotype 6B and 14 after vaccination with conjugate vaccines." Vaccine. 2007 Feb 9;25(8):1497-502

"Effect of dietary ribonucleotides on infant immune status. Part 1: Humoral responses." *Pediatric-Research*. Dec 2004; 56 (6) : 883-890

Pabst HF, Spady DW, Pilarski LM, et al. "Differential modulation of the immune response by breast- or formula-feeding of infants." *Acta Paediatr*. 1997 Dec;86(12):1291-7

Papst, H.F., Spady, D.W. "Effect of Breast Feeding on Antibody Response to Conjugate Vaccine". *Lancet*, 1990 Aug 4; 336(8710): 2609-70

Hahn-Zoric M et al. Antibody responses to parenteral and oral vaccines are impaired by conventional and low protein formulas as compared to breast-feeding. *Acta Paediatr Scand* 1990; 79:1137-1142

Слайд 8. Защита посредством грудного молока постоянно обновляется



Собственный иммуноглобулин А ребенка вырабатывается в малом количестве и увеличивается медленно в первые несколько месяцев жизни. Секреторный иммуноглобулин А в материнском молоке дает необходимую пассивную иммунологическую защиту пищеварительной и дыхательной системы младенца. У матерей детей с системной инфекцией, которые плохо сосут грудь, отмечается более высокий уровень иммуноглобулина А в грудном молоке (Feist, Berger, & Speer, 2000; Groer, Humenick, & Hill, 1994)

Защита ребенка, находящегося на грудном вскармливании, постоянно

обновляется: каждый раз, когда мать контактирует с ребенком — носит на руках, целует, нюхает, касается ребенка, меняет его подгузники, купает ребенка — она вдыхает и/или проглатывает бактерии и другие патогенные микроорганизмы (которые находятся на коже ребенка, в фекалиях и т.д.). Эти патогены активируют В-лимфоциты, которые находятся в лимфоузлах кишечной ассоциированной и бронхиально-ассоциированной лимфоидной ткани. Часть активированных лимфоцитов мигрируют в молочную железу и производят секреторный иммуноглобулин А. При кормлении грудью ребенок получает защиту, отвечающую тем патогенным микроорганизмам, воздействию которых подвергаются он и его мать. Секреторный иммуноглобулин А устойчив к низкому рН и протеолитическим ферментам. Он остается активным в ЖКТ ребенка, покрывая его стенки защитным слоем. Иммуные клетки из грудного молока тоже остаются активными в ЖКТ ребенка.

Слайд 9. Человеческий альфа-лактальбумин (HAMLET) смертелен для раковых клеток



Ученые продолжают открывать новые чудодейственные свойства грудного молока. Примером является комплекс HAMLET — это английская аббревиатура, которая означает Human (Человеческий) Alpha-Lactalbumin (Альфа-лактальбумин) Made (Становится) Lethal (Смертельным) to (для) Tumor (Раковых) Cells (Клеток).

- Действие HAMLET было открыто фактически случайно. Проф. Сванборг и ее коллеги занимались поиском бактерицидных молекул в грудном молоке, которые могут использоваться в питательных средах для клеточных

линий легочной карциномы, для предотвращения адгезии бактериальных клеток. Адгезия была предотвращена, как и ожидалось, но, помимо этого, исследователи обнаружили, что одна из фракций грудного молока убила и клетки карциномы. Смерть раковых клеток сопровождалась изменениями в морфологии, конденсации на ядрах, пузырьками воздуха в цитоплазме, а также формированием апоптических тел, подобно клеткам, которые проходят классический апоптоз. Ученые обнаружили, что вещество из грудного молока, которое провоцировало гибель раковых клеток, является комплексом частично развернутого альфа-лактальбумина (белка молочной сыворотки грудного молока) и олеиновой кислоты. Гибель раковых клеток наступает при наличии именно комплекса этого белка с жирной кислотой

- И наоборот, этот комплекс, который назвали HAMLET, не имел влияния на обычные клетки.

- в последовавших исследованиях HAMLET проявил широкую противораковую активность *in vitro* (на клетках карциномы легких, горла, почек, толстого кишечника, простаты и яичников; на меланом; на глиобластомах головного мозга и на лейкомиах); терапевтический эффект HAMLET был также подтвержден *in vivo* на модели человеческой глиобластомы у мышей (рисунок слева на слайде), у пациентов с кожными папилломами и у пациентов с раком мочевого пузыря. (Gustafsson L, et al. 2005). Обратите внимание на размер опухоли у подопытных мишей в контроле (использовался альфа-лактальбумин) и у экспериментальной группы (использовался комплекс HAMLET) (рисунок С), а так же на серию фотографий изменения папиллом человека (справа) при применении комплекса HAMLET.

- Условия, необходимые для образования комплекса HAMLET, присутствуют в желудке ребенка на грудном вскармливании, когда низкий pH может развернуть протеин путем высвобождения кальция и где происходит гидролиз триглицеридов молока кислоточувствительными липазами и высвобождение олеиновой кислоты.

- Ученые предполагают, что комплекс HAMLET может убивать измененные действием вируса или предраковые клетки желудочно-кишечного тракта ребенка, находящегося на грудном вскармливании. Этот эффект может касаться лимфоидных клеток кишечного-ассоциированной ткани, так как дети, находящиеся на грудном вскармливании, намного реже подвержены лимфомам, чем их ровесники, которых кормили искусственно.

- Открытие комплекса HAMLET иллюстрирует ценность человеческого грудного молока как богатого источника молекул, которые благотворно влияют на различные заболевания человека. Подчеркните, что мы не знаем всего о компонентах грудного молока и их функциях, и что очень важно поддерживать грудное вскармливание, чтобы дети могли получать эти уже известные и еще неизвестные полезные вещества.

Слайд 10. Грудное вскармливание регулирует рост потомства

Грудное вскармливание регулирует рост и развитие ребенка

Факторы роста:

- Эпидермальный фактор роста
- Человеческие факторы роста I, II, III
- Инсулиноподобный фактор роста

Гормоны

- Тироксин and тиреотропин-рилизинг гормон
- Кортизол
- Холецистокинин
- Бета-эндорфины
- Простагландины
- Пролактин

У грудного молока есть еще одна функция, которой нет у молочных смесей. Грудное молоко содержит многочисленные гормоны и факторы роста, которые регулируют физическое развитие и созревание ребенка, вскармливаемого грудью. Некоторые из них перечислены на слайде, но список неполный.

Эпидермальный фактор роста. Эпидермальный фактор роста – это самый сильный фактор, способствующий росту и содержащийся в грудном молоке. Он стимулирует пролиферацию слизистой кишечника и эпителия и усиливает слизистый барьер для антигенов. В молочной смеси отсутствует.

Человеческие факторы роста I, II и III. Факторы роста в женском молоке способствуют росту тканей ребенка, находящегося на грудном вскармливании, провоцируя эндогенную гормональную реакцию. В молочной смеси отсутствуют.

Инсулиноподобный фактор роста. Считается, что инсулиноподобный фактор роста в грудном молоке способствует росту и развитию клеток (особенно клеток нервной системы). Содержание данного фактора в молозиве в 30 раз выше, чем в иммунной сыворотке, значительно выше, чем в коровьем молоке и очень низкое или почти отсутствует в молочной смеси (Shehadeh et al., 2001).

Тироксин и тиреотропин-релизинг гормон. Тироксин содержится в женском молоке в небольших концентрациях. Концентрация его в молозиве низкая, она увеличивается в первую неделю после рождения ребенка и затем постепенно снижается. Предполагается, что тироксин может способствовать созреванию кишечника ребенка (Morriss, 1985). В возрасте 1 и 2 месяца уровень тироксина значительно выше у детей, которые находятся на грудном вскармливании, чем у детей, которые питаются молочной смесью. В молочной смеси отсутствует.

Холецистокинин улучшает пищеварение, успокаивает и вызывает ощущение удовлетворенности и благополучия.

Бета-эндорфины Помогают постнатальной адаптации. Эндогенный опиоидный пептид (анальгетическое действие бета-эндорфина в 80 раз сильнее анальгетического действия морфина). Вызывает ощущение благополучия. Расслабляет.

Простагландины усиливают перистальтику желудка и кишечника, помогая поддерживать деятельность слизистой оболочки желудка и усиливая барьер слизистой оболочки желудка.

Пролактин способствует развитию лимфоцитов В и Т.

Слайд 11. Искусственное вскармливание опасно для ребенка

Искусственное вскармливание опасно для ребенка

- Больше диареи, больше запоров.
- Больше респираторных заболеваний, больше пневмонии
- Больше отитов
- Больше инфекций мочеполовых путей
- Дети чаще болеют. Чаще нужна госпитализация
- Дети медленнее выздоравливают, госпитализированные дольше находятся в больнице
- Больше СВДС
- Больше хронических заболеваний впоследствии
- Негативное влияние на бондинг
- Негативное влияние на умственное развитие

К счастью, большинство детей могут переносить молочную смесь и вырастают, питаясь коровьим молоком или искусственной смесью. Однако, это не обходится без кратко- и долгосрочных последствий для ребенка.

Искусственное питание является причиной еще большего количества проблем у ребенка, помимо тех, которые представлены на слайде. Некоторые эффекты искусственного вскармливания можно проследить уже у взрослых людей.

Дети, которые питаются смесями - очень уязвимы в форс-мажорных ситуациях (например, в случае природных или

техногенных катастроф), так как они зависят от наличия смеси, чистой воды и топлива / электроэнергии (для стерилизации посуды для кормления и кипячения воды). Кроме того, они более подвержены инфекциям.

Слайд 12. Мы до конца не знаем, что еще содержится в банке с молочной смесью

Мы до конца не знаем, что ЕЩЕ содержится в банке с молочной смесью



- Меламин в смеси привел как минимум к 6 смертям и 294,000 госпитализациям в 2008 в Китае
- *Enterobacter sakazakii* в сухой смеси: только в 2004 году: смерть недоношенного ребенка в Новой Зеландии, вспышка во Франции (9 инфицировано, 4 заболело, 2 умерло)
- 2 младенца умерли из-за недостатка витамина B1 (и еще 13 были госпитализированы): 2003 год, Израиль. Дети вскармливались соевой смесью, в которой по ошибке производителя было в 10 раз меньше витамина B1, чем надо.

Прогноз: 0, 1 и 2... (text is small and partially illegible)

“...человеческие ошибки и жадность представляют наибольшую угрозу полноценному развитию детей ”

- За плечами человеческого молока – многие миллионы лет эволюции млекопитающих. Лактация – это надежный процесс.

- Еще одна опасность, сопряженная с искусственным вскармливанием, состоит в том, что в молочную смесь в процессе ее производства могут попасть химические вещества или бактерии, или же ингредиенты смеси могут быть смешаны в неправильных пропорциях.

Пример: загрязнение смеси химическими веществами. Большой

скандал, связанный с молочными смесями, случился в Китае в 2008 году. Около 294000 (почти триста тысяч) детей были госпитализированы, так как их кормили смесями, содержащими меламин. Было признано, что как минимум 6 младенцев умерли от последствий, связанных с кормлением этими смесями.

Меламин применяют в производстве пластмасс, клея, лаков, ионообменных смол, дубителей, гексахормеламина, используемого в производстве красителей и гербицидов, удобрений. Меламин используется некоторыми недобросовестными производителями пищевых продуктов для повышения измеряемой при анализе концентрации белка (при анализе методами Кьельдаля и Дюма содержание белка измеряется по содержанию азота, а меламин дает высокие показатели азота, при этом он не ощущается органолептически).

В Китае меламин умышленно добавляли в молоко на одном из этапов его обработки, чтобы замаскировать то, что оно было разбавлено водой.

Попав внутрь, меламин вызывает образование почечных камней у людей и у животных. Почки у младенцев меньше по размеру, и поэтому дети, находящиеся на искусственном вскармливании (у которых молочная смесь является основным или единственным источником питания), более уязвимы, чем взрослые. Умершие в результате отравления смесями с меламином дети погибли от острой почечной недостаточности.

В Китае идет активная пропаганда искусственного вскармливания его производителями, и многие родители верят, что смесь более богата витаминами и минералами, обеспечит их ребенку лучшее здоровье.

Пример: патогенные бактерии в смесях. *Enterobacter sakazakii* в порошковой молочной смеси является причиной вспышек инфекции, которая вызвала сепсис, менингит и некротизирующий энтероколит, особенно у детей в возрасте до 2 месяцев. Некоторые младенцы умерли. Случаи инфекции, вызванной *E. sakazakii* из смесей регулярно регистрируются в развитых странах. Надо помнить, что сухие смеси по определению не стерильны

Пример: Ошибка производства, недостаток жизненно важных компонентов в смесях. В 2003 году в Израиле 2 младенца, которые вскармливались искусственно, умерли (и еще 13 были госпитализированы) из-за того, что в соевой смеси, которой их кормили, было в 10 раз меньше витамина B1, чем требовалось. У детей развилась болезнь бери-бери (авитаминоз B1) . Витамин не был добавлен в смесь из-за сбоя на производстве.

Случаи отзыва молочных смесей из продажи нередки. Например, только в период с 1982 по 1994 г. было 22 случая отзыва значительных партий молочной смеси из продажи из-за проблем, связанных со здоровьем и безопасностью. Семь из этих отзывов были классифицированы Администрацией по питанию и медикаментам США как «Класс I», или потенциально угрожающие жизни. (http://www.breastfeeding.com/advocacy/advocacy_recalls.html)

Слайд 13. Искусственное вскармливание опасно для матери

Проблемы для матери, ассоциированные с искусственным вскармливанием

- Выше риск послеродовых кровотечений
- Раньше возвращается фертильность
- Выше риск анемии
- Сложнее сбросить вес
- Меньше контакта с ребенком.
- Выше риск рака груди
- Выше риск рака яичников и эндометрия
- Выше риск рака щитовидной железы и пищевода
- Выше риск развития диабета II типа
- Выше риск сердечного приступа, инсульта, высокого кровяного давления, высокого уровня холестерина, и заболеваний сердечно-сосудистой системы

Лактация является важным компонентом репродуктивного цикла женщины. Если мать не кормит ребенка грудью, у нее возрастает риск развития определенных заболеваний (некоторые из них перечислены на слайде).

Слайд 14. Грудное вскармливание защищает мать – чем дольше, тем лучше

Грудное вскармливание защищает мать: чем дольше, тем выше эффект

Было показано, что риск развития следующих заболеваний снижается все больше по мере того, как увеличивается «стаж» кормления

- Риск рака груди
- Риск рака эндометрия
- Риск рака щитовидной железы
- Риск рака пищевода
- Риск ревматоидного артрита
- Риск развития диабета 2 типа
- Риск перелома шейки бедра в постменопаузе

Утверждение, будто кормление ребенка грудью после года отрицательно влияет на здоровье женщины (например, потому что в организме женщины истощается количество питательных веществ или в связи с гормонами, связанными с лактацией), является **мифом**, не подтвержденным исследованиями. На самом деле с увеличением «стажа» кормления, снижается риск некоторых серьезных заболеваний у женщины (чем **дольше** женщина кормит, тем **меньше** риск)

Авторы крупного объединенного повторного анализа индивидуальных данных, полученных в ходе 47 эпидемиологических

исследований, включавших 50302 женщины с раком груди и 96973 женщины без заболевания пришли к выводу, что чем дольше женщина кормит грудью ребенка, тем лучше она защищена от рака груди.

Отсутствие или кратковременность грудного вскармливания, типичные для женщин из развитых стран, наибольшим образом влияют на увеличение частоты рака груди в этих странах. Относительный риск развития рака груди снижается на **4,3% (95% ДИ 2.9-5.8; $p < 0.0001$) в каждые 12 месяцев грудного вскармливания**, в дополнении к снижению на **7,0% (5.0-9.0; $p < 0.0001$)** после каждого родов. Степень снижения относительного риска рака груди, связанного с грудным вскармливанием, не отличается значительно у женщин в развитых и развивающихся странах, и не отличается значительно у женщин разного возраста, состояния менопаузы, этнического происхождения, количества предыдущих родов и возраста, когда у них родился первый ребенок, или любых из девяти других рассматриваемых личных характеристик. (Beral et al., 2002).

Newcomb, P. с соавторами подсчитали, что если бы женщины, которые не кормят грудью вообще или кормят в течение менее трех месяцев, кормили грудью в течение от 4 до 12 месяцев, частота рака груди среди рожавших женщин в предклимактерическом периоде мог бы снизиться на **11%**, исходя из данных на сегодняшний день. **Если бы все женщины, имеющие детей, кормили грудью до 24 месяцев и дольше, частота этого заболевания могла бы снизиться почти на 25%.** Это снижение было бы еще большим у женщин, которые впервые начинают кормить грудью в раннем возрасте.

Слайд 15. Грудное вскармливание более чем экономично

Грудное вскармливание: влияние на семью и общество

- Грудное вскармливание хорошо для семейного бюджета; искусственное вскармливание обходится дорого.
- Грудное вскармливание хорошо для здравоохранения; искусственное вскармливание обходится очень дорого.
- Грудное вскармливание: хорошо для окружающей среды

Растить ребенка, вскармливаемого молочной смесью, дороже, чем ребенка на грудном вскармливании. Только в первые 6 месяцев ребенку на искусственном вскармливании необходимы 45 банок смеси по 500 г. При искусственном вскармливании также необходимо покупать посуду для кормления. Дети, которых кормят молочной смесью, чаще болеют.

Стоимость молочной смеси

Смесь (минимальная цена):

До 6 месяцев ребенку необходимо 50 банок смеси по 400 г. Минимальная стоимость 1 банки - \$10. Таким образом, общая сумма, которую семья потратит на кормление ребенка, составляет $50 \times \$10 = \$500$

Таким образом, только на смеси семья потратит **\$500**. Сюда нужно еще добавить посуду, необходимую для приготовления смеси, а также мытье во избежание инфицирования и т.д.

Слайд 16. Поддержка, необходимая для становления грудного вскармливания: ВЫ нужны

Для того, чтобы наладить лактацию, нужна поддержка. Вы нужны!

- Грудное вскармливание естественно, но не является полностью инстинктивным процессом
- Начиная кормить маме часто нужна помощь и поддержка
- Мнения и рекомендации работников здравоохранения имеют большое значение для родителей



Грудное вскармливание – это естественное явление, но оно не полностью инстинктивно. Требуется некоторое время и поддержка окружающих, пока мать и ребенок обучатся грудному вскармливанию. Мнение медицинских работников очень важно для матери и семьи. Правильная информация, использование навыков консультирования, поощрение и поддержка могут помочь ребенку, матери и семье.

Влияние внедрения программы «Больница доброжелательная к ребенку» на улучшение показателей грудного вскармливания и на интеллект детей

Самое масштабное исследование влияния программы поощрения грудного вскармливания проводилось с конца 1990-х годов в Беларуси под руководством проф. М. Крамера (Kramer MS et al. 2008). Это исследование было кластерно-рандомизированным. В исследовании участвовали 31 роддом и относящиеся к ним поликлиники. Приблизительно половина лечебных учреждений внедряли у себя программу «Больница, доброжелательная к ребенку», половина – работала по-старому (рандомизировали не детей

(искусственное/грудное вскармливание), а медицинские учреждения (внедрение БДР/отсутствие инициативы БДР)).

Развитие почти 14,000 детей, родившихся и наблюдавшихся в этих медицинских учреждениях, проследили до 6.5 лет.

В экспериментальной группе (дети, рожденные в роддомах и наблюдавшиеся в поликлиниках, работавших по программе «Больница, доброжелательная к ребенку») исключительно грудное вскармливание в 3 месяца было у 43.3% участников, против 6.4% в контрольной группе (дети, которые родились и наблюдались в медицинских учреждениях, не внедривших программу БДР); $P < .001$). Также дети, наблюдавшиеся в медучреждениях, работающих по программе БДР, достоверно чаще были на грудном вскармливании в любой промежуток времени (от рождения до 12 месяцев)

При обследовании детей в 6.5 лет оказалось, что у детей из контрольной группы (в медучреждениях **не было программы поддержки гв**, намного меньшая длительность исключительно грудного вскармливания, меньше вероятность того, что эти дети были на грудном вскармливании) результаты тестов на вербальный, невербальный и общий интеллект были достоверно **ниже**, чем у детей из экспериментальной группы (инициатива БДР, достоверно больше исключительно и любого грудного вскармливания в этой группе). Показатели в тестах на вербальный интеллект у этих детей были ниже в среднем на 7.5 баллов, в тестах на невербальный интеллект – на 2.9 балла, в тестах на общий интеллект – на 5.9 баллов ниже (по 100-бальной шкале), чем у детей из экспериментальной группы. Для тех детей, которые уже к этому времени в школу, также оценивались их школьные успехи. Дети из контрольной группы опять имели достоверно более низкие оценки в чтении и письме, чем дети из экспериментальной группы (инициатива БДР)

Когда определили зависимость оценок в тестах на интеллект и длительности грудного вскармливания (любого и исключительно грудного вскармливания), оказалось, что чем дольше дети были на грудном вскармливании (любое ГВ и ИГВ), тем более высокими были их показатели интеллекта.

На роль возможных факторов, влияющих на интеллект детей, исследователи предложили как компоненты грудного молока (длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты и инсулиноподобный фактор роста I), так и физические (большой телесный контакт матери и ребенка) и эмоциональные аспекты грудного вскармливания, которые «программируют» мозг на оптимальное развитие. Также было высказано предположение, что большая частота и длительность контактов матери и ребенка при ГВ по сравнению с кормлением из бутылки увеличивают вербальное общение матери и ребенка, что, в свою очередь, стимулирует умственное развитие.

Литература:

1. Кормление детей первого года жизни: физиологические основы: прил. к тому 67, 1989
Бюллетень Всемирн. орг. здравоохранения/под ред. Дж. Акре. - Женева: ВОЗ, 1991.- 120 с.
2. J.Riordan Breastfeeding and Human Lactation. 3rd ed. 2005.
3. R Lawrence, R Lawrence. Breastfeeding. A guide for the medical profession 6th ed. 2005
4. N.Morbacher, J.Stock Breastfeeding Answer Book 1999.
5. WHO. Infant and Young Child Feeding Counselling: An Integrated Course. Trainer's Guide 2006
6. INFOSAN Information Note No1/2005 - Enterobacter sakazakii.
7. Gustafsson L, Hallgren O, Mossberg AK, Pettersson J, Fischer W, Aronsson A, Svanborg C.
HAMLET kills tumor cells by apoptosis: structure, cellular mechanisms, and therapy. J Nutr.
2005 May;135(5):1299-303.
8. R. Mannel, PJ. Martens, M.Walker Core Curriculum for Lactation Consultant Practice
9. Kramer MS et al. Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. Arch Gen Psychiatry 2008 May; 65(5):578-84.
10. Beral V et al. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease.Lancet, Jul 20 2002; 360 (9328): 187-195.
11. Newcomb, P. et al. Lactation and reduced risk of premenopausal breast cancer. N Engl J Med 1994; 330(2):81-87.

Влияние акушерских практик на грудное вскармливание

Слайд 2. Партнерские роды

Без партнера во время родов

Без постоянной поддержки женщины в родах имеет место следующее:

- 100% увеличение уровня кесарева сечения
- На 33% удлиняется период родов
- На 150% увеличиваются требования рожениц в эпидуральной анестезии
- На 67% увеличивается использование утеротоников (окситоцина и питоцина)
- На 43% увеличивается использование анальгезии
- На 67% увеличивается использование щипцов в родах

No Partner, No Pain: How a Partner Can Help You Have a Shorter Easier and Healthier Birth. Klaus, Kennell, and Klaus (1983).

Появляется все больше и больше доказательств в пользу того, что поддержка во время родов положительно влияет на грудное вскармливание и материнство в целом. Когда женщина такой поддержки не имеет, риски вмешательств и осложнений сильно вырастают.

Слайд 3. Партнер во время родов.

Партнер во время родов

Результаты эмоциональной поддержки во время родов

Результаты	Поддержка	Присутствие, наблюдение	Контрольная группа	Значение «р»
Использование анальгезии	21,7%	28%	25,5%	Нет разницы
Эпидуральная анестезия	7,8%	22,6%	55,5%	< .0001
Увеличение дозы окситоцина	17%	23%	43,65%	< .0001
Продолжительность родов	7,4 часа	8,4 часа	9,4 часа	= .0001
Кесарево сечение	8%	13%	18%	= .009
Использование щипцов	8,2%	21,3%	26,3%	< .0001
Продолжительность госпитализации новорожденного	10,4%	17%	24%	< .001
Сепсис	4,2%	9,5%	14,7%	< .001
Лихорадка у матери	1,4%	7%	10,3%	= .0007

Хитовое: Kennell J, et al (1981) JAMA 245 (17): 2167-2221

Слайд 4. Положение матери в 1 и во 2 периодах родов

Позиция женщины во время потужного периода и родов

Доказательства рандомизированных контролируемых клинических исследований демонстрируют, что позиция на СПИНЕ во время второго периода родов может привести к:

- БОЛЕЕ длительным родам,
- БОЛЕЕ частым инструментальным родам,
- БОЛЕЕ болезненным родам,
- БОЛЕЕ частым эпизиотомиям.

У женщин, рожаящих в кровати, роды часто проходят медленней и более болезненно. При родах в кровати, возможно, лежа навзничь на спине, матка сдавливает кровеносные сосуды, которые снабжают плаценту и плод кислородом.

Данные рандомизированных клинических исследований указывают на то, что положение женщины **на спине** во время 2 периода родов замедляет ход родов, при этом делая их более болезненными; частота инструментальных родоразрешений и эпизиотомий увеличивается.

Женщин необходимо поощрять рожать в

вертикальном положении, поскольку затяжные роды, инструментальное родоразрешение, эпизиотомия и необходимость в медикаментозном обезболивании – это факторы, связанные с затруднениями грудного вскармливания.

Нет доказательств того, что непрерывный электронный мониторинг плода улучшает долгосрочные акушерские или неонатальные исходы, и, как правило, для этого необходимо, чтобы женщина находилась в кровати.

Не имеется достаточно доказательств прямой связи между вертикальным положением в родах и исходами грудного вскармливания.

Слайды 5 и 6. Употребление питья, пищи и в/в гидратация в родах (1) и (2)

Питье, пища и внутривенная гидратация в родах (1)

- Исследования показывают, что, позволяя женщине в родах принимать пищу и не ограничивать питье может уменьшить продолжительность родов на 90 минут.
- Обезвоживание приводит к более болезненным схваткам и замедлению родовой деятельности, что, в свою очередь, приводит к использованию медикаментов.
- Любые медикаменты могут передаться ребенку через плаценту и затруднить грудное вскармливание.

Роды – это напряженный труд, и организму женщины необходима энергия для эффективной работы.

Исследования показали, что роды женщин, которым запрещалось пить и есть во время родов, затягивались в среднем на полтора часа, по сравнению с родами женщин, которые могли пить и есть на схватках.

Обезвоживание приводит к более болезненным схваткам и более медленному прогрессу родов. Усталость в сочетании с медленным прогрессом родов вызывает у женщины чувство, будто ей необходимы медицинские препараты. А медицинские препараты

могут попасть через плаценту к плоду и отрицательно повлиять на грудное вскармливание.

Существуют доказательства того, что отказ от еды и питья в родах – это устаревшая и неоправданная практика, которая не улучшает исходов родов.

Питье, пища и внутривенная гидратация в родах (2)

Некоторые исследования утверждают, что использование внутривенных растворов может привести к

- дисбалансу электролитов,
- желтухи и другим проблемам у новорожденного,
- потребности в особом лечении, что влечет за собой отделение матери от ребенка и, таким образом, влияет на раннее прикладывание к груди и ГВ.

Есть доказательства того, что некоторые широко используемые внутривенные растворы могут привести к дисбалансу электролитов, желтухе и другим проблемам, требующим специального лечения, которое может повлечь за собой отделение ребенка от матери и таким образом отрицательно повлиять на исключительно грудное вскармливание.

Имеются доказательства того, что отказ от орального потребления жидкостей и пищи и замещение его внутривенной терапией воспринимаются матерями как болезненная процедура, вызывающая стресс и ограничивающая подвижность женщины в родах. Это может привести к затяжным родам и другим вмешательствам, которые могут помешать раннему началу грудного вскармливания.

Слайд 7. Медикаментозное обезболивание в родах

Обезболивающие средства в родах

Боль → Медикименты → Замедление
родовой деятельности → Риск
остановки продвижения плода →
Увеличение дозы окситоцина → Более
сильные и болезненные схватки →
мало кислорода и сильные схватки →
Дистресс плода → Кесарево сечение
→ Негативное влияние на ГВ

Когда роды проводятся без медикаментозного обезболивания, акушерки замечают, что мать все больше и больше уходит в себя, и на ее лице появляется мечтательное, трансоподобное выражение. Так происходит потому, что во время родов в кровь матери выделяется большое количество эндогенных морфиноподобных полипептидов – эндорфинов. Эндорфины помогают снизить физическую боль, дают ощущение благополучия, а возможно и амнестический эффект.

Исследования показали, что окситоцин (играет роль в рефлексе выделения

молока) может ингибироваться адреналином, или реакцией нападения / бегства. (У коровы перестает выделяться молоко, если ей на спину положить кошку или если ей ввести инъекцию адреналина). Страх и беспокойство препятствуют выделению окситоцина; адреналин затрудняет выделение эндорфинов.

Замкнутый круг «боль – беспокойство/напряженность - страх» могут затруднять прогресс родовой деятельности.

Имеются веские доказательства того, что мепедрин (Демедрол, Петидин), применяемые в родах, приводят к угнетению ЦНС плода и новорожденного, что отрицательно влияет на грудное вскармливание. Время назначения и дозы прямо пропорционально влияют на силу этих последствий.

Солідные доказательства, полученные из рандомизированных контролируемых исследований: эпидуральная анестезия может привести к неудовлетворительному прогрессу родовой деятельности (особенно у первородящих женщин), к необходимости усиления родовой деятельности окситоцином, более долгому второму периоду родов, снижению частоты спонтанных родов, увеличению частоты инструментальных родоразрешений, увеличению частоты лихорадки у матери, а также оценки и лечения новорожденных с подозрением на сепсис. Необходимо рутинно предлагать женщинам альтернативные, немедикаментозные методы обезболивания в родах.

Слайд 8. Среднее время (в минутах) первого появления определенного пищевого поведения у детей, матери которых получали и не получали медикаментозную нагрузку в родах

Первое появление новорожденного и его поведенческие особенности при медикализированных родах и родах, без использования медикаментов.

Среднее время (в минутах)

Поведение	Без эпидуральной анестезии (n = 10)	Эпидураль- ный блок (n = 8)	Эпидуральная анестезия, Перитон или морфин (n = 12)
Первое открытие глаз	6	5	7
Первое движение плече- вых суставов груди	11	16	11
Первое движение ручек в рот	12	21	>120
Первое сосание груди	21	20	15
Первое движение ручек к соску	25	>120	>120
Первое сосательное глотание	27	20	>120
Первое сосание	30	>120	>120

Adapted from Panajo-Avidon, et al., 2001. Table 4 from Panajo-Avidon, et al., Maternal Analgesia During Labor: Disturbance to Neonatal Behavior: Effects on Breathing, Temperature, and Crying. Birth 28:1 March 2001. © 2001 Blackwell Scientific Publications, Inc.

Доказательства, полученные в ходе наблюдательных исследований, показали, что применение эпидуральной и наркотической анальгезии отрицательно влияют на поведение ребенка во время кормления и на грудное вскармливание.

Известный педиатр д-р Бразелтон наблюдал и оценивал различные реакции новорожденных. Также он попросил матерей оценить активность детей, их навыки прикладывания к груди и длительность кормления

через шесть дней после рождения. Степень дезорганизации или угнетения центральной нервной системы была прямо пропорциональна типу, количеству и времени введения медикамента матери. Дети матерей, которые получали минимальную медикаментозную нагрузку в родах, хорошо сосали грудь к возрасту 36 – 48 часов, тогда как дети матерей, получивших большое количество медикаментов в родах, начинали сосать грудь так же хорошо только к возрасту 5-6 дней.

Слайд 9. Механические эффекты

Механические эффекты

- Щипцы, вакуум
- Кесарево сечение
- Эпизиотомия

Способность ребенка сосать, глотать и дышать во время кормления контролируется шестью черепными нервами и около 60 мышцами, прикрепленными к 22 костям черепа ребенка. Механические силы во время родов могут нарушить расположение костных структур и таким образом повредить нервную и мышечную функцию. Инструментальное родоразрешение и кесарево сечение добавляют действие механических сил на костные структуры младенца. Это действие выше и сильнее, чем при спонтанных вагинальных родах. Боль в месте разреза при эпизиотомии,

эффекты анестезии, усталость – эти атрибуты инструментальных и/или медикализированных родов напрямую влияют на становление грудного вскармливания..

Несколько крупных рандомизированных контролируемых исследования показали, что использование электронного мониторинга плода при нормальных родах или при преждевременных родах не улучшает показатели материнской и детской смертности и заболеваемости. Кроме того, КТГ плода затрудняет подвижность матери, в центре внимания медицинского персонала оказываются показания ЧСС плода и схваток, а не самочувствие матери.

Слайд 10. Эпизиотомия и оперативное родоразрешение

Эпизиотомия и хирургические роды

- Матери с минимальными естественными родовыми травмами промежности будут себя чувствовать более комфортно и расслабленно во время грудного вскармливания в первые дни и часы после родов
- Некоторые солидные исследования проводят четкую линию между кесаревыми сечениями, поздним началом ГВ и более коротким периодом ГВ.

Сегодня эпизиотомия не рекомендуется как рутинная акушерская процедура. Нет доказательств того, что она снижает частоту повреждений промежности и других осложнений половых путей.

Матерям, у которых отсутствуют или имеются минимальные травмы промежности, более удобно кормить грудью в первые часы или дни жизни ребенка, они более расслаблены.

Кесарево сечение спасет жизнь тогда, когда оно необходимо; однако, в некоторых медицинских учреждениях и странах частота кесаревых сечений

неоправданно высока.

Доказательства, связывающие кесарево сечение и трудности грудного вскармливания, - спорные; однако, некоторые исследования с качественным дизайном показывают прямую связь между кесаревым сечением и более поздним началом и меньшей длительностью грудного вскармливания. Два исследования указывают на то, что отделение ребенка от матери и раннее кормление молочной смесью являются усугубляющими факторами.

Доказательства указывают на то, что ребенку и матери после кесарева сечения требуется бóльшая поддержка в налаживании грудного вскармливания, и что для них имеет большое значение мотивация.

«Готовность кормить грудью» связывается с успехом грудного вскармливания, независимо от способа родоразрешения.

Доказательства указывают на то, что при вагинальных родах происходит более раннее и эффективное выделение двух основных гормонов, связанных с лактацией (окситоцин и пролактин), чем при кесаревом сечении.

Дети, рожденные путем кесарева сечения, менее возбудимы, и у них значительно снижены неврологические реакции в первые два дня после рождения.

В 1981 году Шейла Киссинджер (Sheila Kitzinger) провела в Англии крупное ретроспективное качественное исследование того, как женщины воспринимают боль при проведении эпизиотомии. Многие респонденты сообщали, что они забыли о болезненных ощущениях во время кормления ребенка, но 17% респондентов из группы женщин, которым проводилась эпизиотомия, и 21% из группы женщин, которым проводилась эпизиотомия и были разрывы, сообщили о том, что «их сильно, часто или постоянно, беспокоили боли в области промежности» во время кормления, по сравнению с 3% женщин, у которых промежность была не повреждена.

Литература:

1. *“Impact of Birthing Practices on Breastfeeding – Protecting the Mother and Baby Continuum”* by Mary Kroeger and Linda J. Smith, 2004
2. *“Labor and Delivery Practices: The Eleventh Step to Successful Breastfeeding?”*, Mary Kroeger, 1993

Как «работает» грудное вскармливание

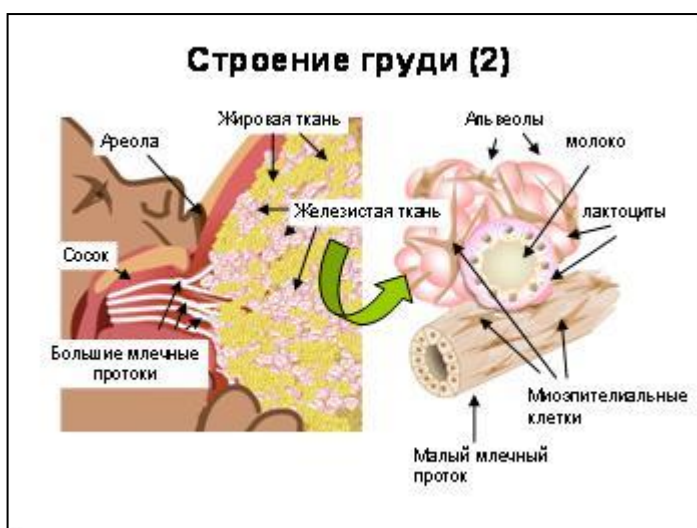
Слайд 2. Анатомия груди (1)



На Слайде 2 показана анатомия груди.

В начале посмотрите на сосок и темную кожу, которая его окружает. Она называется ареола. В ареоле имеются небольшие железы – железы Монтгомери. Они выделяют жидкость, благодаря которой кожа остается здоровой. Благодаря темной коже ареолы новорожденному легче найти сосок. Массажными движениями рук ребенок делает сосок более выступающим.

Слайд 3. Анатомия груди (2)



Железистая ткань груди состоит из миллионов крошечных мешочков – альвеол. Стенки альвеол состоят из вырабатывающих молоко клеток – лактоцитов. Альвеолы расположены гроздьями. Альвеол – миллионы. На рисунке показана только малая их часть. На соседнем рисунке показаны четыре увеличенные альвеолы. Лактоциты вырабатывают молоко под воздействием гормона пролактина. Молоко они производят постоянно, но скорость его выработки может быть разной. Из альвеол молоко попадает в млечные протоки. Между кормлениями молоко собирается в альвеолах и всей системе

протоков. Ультразвуковые исследования показали, что млечных синусов, как их рисовали раньше, под ареолой нет. Большие протоки под ареолой расширяются и наполняются молоком только во время кормления, когда срабатывает рефлекс окситоцина.

Вокруг альвеол и протоков расположены миоэпителиальные (мышечные) клетки. Когда эти клетки сокращаются, альвеолы сжимаются, а млечные протоки расширяются. Молоко выдавливается в более крупные протоки по направлению к соску. Гормон, который называется окситоцин, заставляет мышечные клетки сокращаться.

Железистую ткань окружает и поддерживает соединительная и жировая ткань. Железистая ткань разрастается во время беременности, когда грудь готовится к лактации. Ее количество вновь уменьшается, когда грудь перестала лактировать.

Форму груди придает жировая и соединительная ткани. В этом и состоит основная разница между большой и маленькой грудью. Невозможно визуально оценить количество железистой ткани, вырабатывающей молоко. Как показали исследования, у женщин может быть разная емкость груди – то максимальное количество молока, которое может собраться в груди. Измерения показали разницу от 70 до 600 мл (при этом емкость груди тоже нельзя оценить визуально). Но все

эти женщины производили практически одинаковое суточное количество молока, **достаточное** для их детей, дети матерей с небольшой емкостью груди просто сосали чаще. Так получается потому, что выработка молока определяется аппетитом ребенка, а не размером груди.

Слайд 4. Пролактин: Выработка молока



На Слайде 4 объясняется действие гормона пролактина.

Когда ребенок сосет грудь, сенсорные импульсы от соска поступают в мозг. В ответ на них гипофиз выделяет пролактин. Пролактин поступает в кровь и заставляет клетки, в которых образуется молоко, вырабатывать его.

Сильнее всего повышается уровень пролактина через 30 минут после кормления (в 10-20 раз по сравнению с уровнем до начала кормления). Молоко, выработанное под воздействием этого пролактина, ребенок будет сосать в следующий раз. В текущее кормление ребенок высасывает то молоко, которое

уже есть в груди + то молоко, которое вырабатывается в процессе кормления.

Из этого следует, что если ребенок будет сосать больше, у матери будет больше молока. Следовательно, частое сосание груди способствует выработке молока.

Если у матери двое детей, и они оба сосут грудь – грудь будет вырабатывать молоко на двоих детей.

Если ребенок прекращает сосать, грудь вскоре перестает вырабатывать молоко.

Некоторые люди полагают, что для того, чтобы у матери вырабатывалось молоко, она должна лучше питаться, больше пить, больше отдыхать или принимать лекарства. Конечно, очень важно, чтобы мать получала достаточно еды и питья, но это **не** поможет ей вырабатывать больше молока, если ребенок не сосет грудь или сосет недостаточно.

Слайд 5. Теория рецепторов пролактина



Пролактин необходим для того, чтобы синтезировалось молоко. На клеточных стенках лактоцитов есть рецепторы к пролактину, которые позволяют клеткам реагировать на пролактин. Если рецепторов нет – клетка будет нечувствительна к гормону, какой бы высокой ни была его концентрация в крови.

Частые кормления в первые недели после родов, когда уровень пролактина еще очень высок сам по себе и еще больше повышается после кормлений, приводят к образованию большего количества рецепторов к пролактину (положительная обратная связь, выше уровень

пролактина – больше образуется рецепторов). Большее количество рецепторов означает, что клетки становятся более чувствительными к пролактину.

После полутора-двух месяцев жизни ребенка уровень пролактина сильно падает (по-прежнему повышаясь после кормлений). При этом ребенок по-прежнему получает все необходимое ему молоко, тот же объем, что и раньше, просто основным регулирующим фактором становится степень и частота опорожнения груди.

Длительная успешная лактация зависит от того, заложилось ли адекватное количество рецепторов к пролактину. Поэтому очень важно не ограничивать частоту и длительность кормлений. Хотя часть женщин может «на волне» высокого пролактина успешно последовать ошибочным советам ввести режим, это может привести к сложностям с количеством молока позже, когда уровень пролактина упадет. Эксперты Lisa Marasco, BA, IBCLC и Jan Barger MA, RC, IBCLC, пишут в своей статье в Breastfeeding Abstracts, May 1999, v.18, 4, pp. 28-29: «Мы обнаружили, что многие женщины успешно кормят детей по расписанию в первые месяцы после родов. Но через 3-4 месяца после родов, среди кормящих по расписанию, наблюдается необычно высокий показатель нехватки молока. Это видно по снижению набора веса ниже допустимых норм среди детей, которых кормят по временному режиму, необходимости докорма и/или вынужденному прекращению кормления, потому что дети предпочитают быстрый напор молока из бутылки медленному напору молока из груди»

Слайд 6. Как помочь матери поддерживать достаточный уровень пролактина

Что рекомендовать матерям для поддержания достаточного уровня пролактина

- Правильно прикладывайте ребенка к груди, НЕ давайте ему пустышку и другие заменители соска
- Прикладывайте ребенка так часто, как он просит
- Кормите его так долго, как он захочет
- Кормите и днем, и (особенно важно!) ночью

WELSH, LINDSEY, 1998
WELSH, LINDSEY, 2008

Для поддержания адекватного уровня пролактина ребенка надо кормить по требованию и так долго, как он хочет. Уровень пролактина выше ночью, поэтому важно, чтобы ребенок сосал.

Как мы видели, сосание груди вызывает скачок уровня пролактина у матери. Когда ребенок сосет пустышку, грудь не получает сигнал от младенца, что надо вырабатывать молоко. Уровень пролактина у матери не повышается. Это сосание как бы уходит «налево»: ребенок затратил энергию, подал сигнал – но этот сигнал не услышали. Кроме того, ребенок не получает молока, которое он бы мог высосать за то время из груди, пока сосал

пустышку.

Слайд 7. Окситоцин: Выделение молока

Окситоцин: выделение молока 34

Рефлекс окситоцина срабатывает до и во время кормления. Он заставляет молоко выделяться из груди

Сенсорные импульсы от сосков в мозг матери

↑

Мать думает о ребенке
Мать видит, слышит, нюхает ребенка, прикасается к нему
Ребенок сосет
Прикосновение к соскам

Окситоцин выделяется в кровоток

↓

Молоко течет к ребенку



Окситоцин выделяется несколько раз за кормление:
НЕ надо ограничивать длительность кормления

Отрицательного давления, создаваемого в полости ребенка при сосании и сжимающих движений языка ребенка, - недостаточно, чтобы извлечь молоко из сложной системы чрезвычайно тонких протоков – этому будут препятствовать силы поверхностного натяжения. Поэтому сама грудь помогает ребенку получать молоко.

Когда ребенок сосет грудь, в мозг матери поступают сенсорные импульсы от соска. В ответ задняя доля гипофиза выделяет в кровь гормон окситоцин (окситоцин вырабатывается в супраоптическом и паравентрикулярном ядрах гипоталамуса и затем транспортируется в заднюю долю

гипофиза, где накапливается (депонируется) и выделяется в кровь)

Окситоцин в крови заставляет сокращаться миоэпителиальные клетки, окружающие альвеолы и мелкие протоки. В результате молоко начинает течь по направлению из альвеол к большим протокам под ареолой и далее к выводящим протокам соска. Это молоко высасывает ребенок во время кормления.

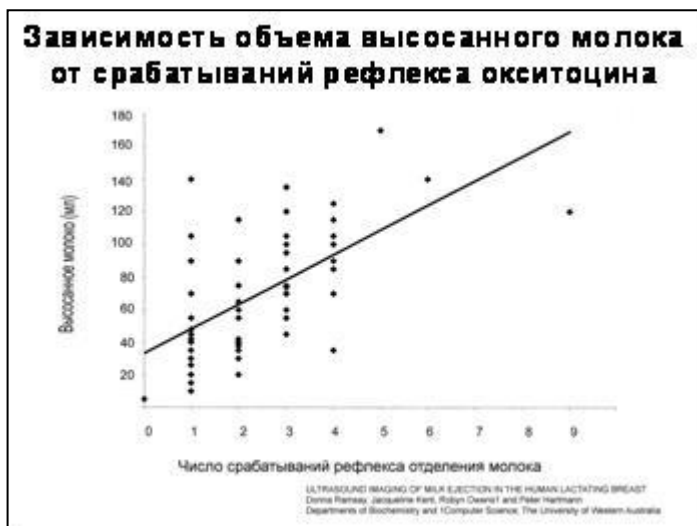
Окситоцин выделяется в кровь в ответ на сосание (раздражение рецепторов соска) быстрее, чем пролактин. Благодаря окситоцину уже выработанное молоко начинает вытекать из груди.

Окситоциновый рефлекс запускается не только в ответ на сосание. Он может сработать еще до того, как ребенок начинает сосать – в ответ на мысли о ребенке, его запах, издаваемые ребенком звуки, когда мать знает, что пришло время кормления.

Если окситоциновый рефлекс не работает эффективно, у ребенка могут быть трудности с получением молока. Можно подумать, что грудь перестала вырабатывать молоко. Тем не менее, молоко в груди вырабатывается, но не вытекает.

Еще одно важное свойство окситоцина заключается в том, что он способствует сокращению матки после родов. Это помогает снизить риск кровотечения, но иногда вызывает боль в матке и прилив крови во время кормления в первые несколько дней после родов. Эти болевые ощущения могут быть довольно сильными.

Слайд 8 Зависимость объема высосанного молока от срабатываний рефлекса окситоцина



Уровень окситоцина в крови во время кормления не постоянен, он изменяется волнообразно. После выброса окситоцина в кровь в ответ на сосание или другой адекватный стимул, его уровень спадает уже через несколько минут. Соответственно поток молока из груди то усиливается (высокий уровень окситоцина в крови в данный момент), то ослабевает (уровень окситоцина уменьшился). Наблюдая за кормлением ребенка, можно увидеть, что он то сосет медленно, глубоко, активно глотает молоко, то посасывает грудь быстро и легко, то опять начинает глотать.

Как правило, окситоциновый рефлекс,

отвечающий за выделение молока, срабатывает несколько раз за кормление.

У разных пар мать-ребенок и даже у одной и той же пары в разные кормления рефлекс окситоцина срабатывает различное количество раз. Как показали исследования группы Питера Хартманна (с применением ультразвука), разные дети высасывают различное количество молока в одно срабатывание рефлекса. Были зарегистрированы кормления, когда рефлекс срабатывал всего один раз и ребенок высасывал большой объем молока, насыщался и выпускал грудь, и кормления, когда рефлекс молока срабатывал неоднократно, дети получали небольшую порцию молока с каждым новым срабатыванием.

Бытует мнение, что ребенок за первые 5 минут высасывает 90% молока, находящегося в груди, поэтому не имеет смысла держать его у груди существенно дольше. Однако исследование показывает, что на самом деле это далеко не всегда так, и необходимо ориентироваться на аппетит ребенка, давать ему возможность самому отпустить грудь, иначе есть риск, что ребенок недополучит нужное ему молоко. Каждая пара мать-ребенок уникальна.

Также важно помнить, что нельзя употреблять фразу «ребенок использует грудь как пустышку» обозначая так сосание, когда ребенок редко глотает молоко. Эта фраза очень подрывает уверенность матери в себе и своих инстинктах. Каждое последующее срабатывание рефлекса окситоцина все менее ощутимо для матери и когда кажется, что ребенок «сосет как пустышку», он может на самом деле получать молоко. Важно помнить и то, что «непитательное» сосание (легкое быстрое посасывание в перерывах между срабатываниями рефлекса выделения молока из груди) провоцирует новое срабатывание рефлекса окситоцина (больше молока в это кормление), повышает уровень пролактина (больше молока для следующего кормления), а кроме того, успокаивает ребенка и стабилизирует его дыхание, температуру и сердцебиение.

Слайд 9. Помогите матери поддерживать высокий уровень окситоцина

Помогите матерям поддерживать высокий уровень окситоцина

- Рефлекс выделения молока из груди (окситоциновый рефлекс) срабатывает легче, если мать:
 - С любовью, позитивно думает о своем ребенке
 - Слышит звуки, издаваемые ее ребенком
 - Видит своего ребенка
 - Прикасается к нему и держит его на руках
 - Чувствует себя уверенно и комфортно в своем материнстве и кормлении грудью
 - Ощущает поддержку мужа и окружающих

WAZ, UNICEF, 1998

Этот слайд объясняет, как мысли и чувства матери могут легко повлиять на окситоциновый рефлекс.

Положительное мышление (например, чувство радости материнства или любви к ребенку), и чувство уверенности в том, что грудное молоко – лучшее для ребенка, способствуют функционированию окситоцинового рефлекса и вытеканию молока. Такие ощущения, как прикосновения к ребенку, образ ребенка, звук детского плача также способствуют работе этого рефлекса.

Однако отрицательные эмоции, например, боль, беспокойство, сомнение в том, что у женщины достаточно

молока, могут приостановить действие рефлекса и прекратить вытекание молока. К счастью, этот эффект обычно носит временный характер.

Необходимо, чтобы ребенок был все время рядом с матерью, чтобы она могла его касаться, видеть, отвечать ему. Если мать и ребенок разлучаются между кормлениями, окситоциновый рефлекс у матери будет работать не так эффективно.

Медработникам следует помнить о чувствах матери, когда они с ней разговаривают. Нужно успокоить мать и вселить в нее уверенность.

Матери часто знают о своем окситоциновом рефлексе. Есть несколько признаков активного рефлекса, которые заметны матери или вам.

Слайд 10. Не просто гормоны: Ингибиторы в грудном молоке



Секреция грудного молока также контролируется и самой молочной железой.

Если ребенок перестает сосать одну грудь, но продолжает сосать вторую, то в первой груди молоко постепенно перестает вырабатываться, тогда как во второй секреция молока продолжается. При этом и окситоцин, и пролактин поступают в обе груди в одинаковых количествах.

В самом грудном молоке имеется вещество, которое замедляет его выработку, своеобразная «встроенная защита» от переполнения груди. Это

вещество назвали «фактор-ингибитор лактации» или просто «ингибитор». Чем больше грудь остается наполненной, тем медленнее вырабатывается в ней новое молоко. Это помогает защитить молочную железу от отрицательных последствий переполнения. Выработка молока может полностью прекратиться, если молоко из груди не удаляется долго. Это очевидно необходимо в случае, если ребенок умирает или прекращает сосать грудь по другим причинам.

Слайд 11. Опустошенная грудь = Быстрая выработка молока



При опустошении груди путем сосания или сцеживания молока удаляется и ингибитор. Благодаря этому синтез молока идет быстрее и за единицу времени молочная железа вырабатывает больше молока. Чем более опорожнена грудь, тем быстрее вырабатывается в ней новое молоко.

Это поможет понять, почему:

- для увеличения выработки молока рекомендуют не накапливать молоко, а наоборот, прикладывать ребенка к груди чаще, давать обе груди в кормление.
- Если ребенок перестает сосать одну грудь, она перестает вырабатывать молоко.

- Если ребенок больше сосет из одной груди, в этой груди вырабатывается больше молока, и она становится продуктивнее и больше другой.
- лактацию можно остановить только в одной груди (иногда необходимо для медицинских вмешательств)

Для того, чтобы секреция молока не прекращалась, грудь должна опустошаться. Здоровый ребенок в состоянии сам регулировать секрецию молока у матери, так, что молока вырабатывается именно столько, сколько ему нужно в данный момент. Иногда дети сосут чаще (скорость выработки молока увеличивается), иногда реже (скорость выработки молока замедляется).

Если ребенок не может сосать одну или обе груди, молоко надо сцеживать, чтобы обеспечить продолжение лактации. Это очень важный момент, который детально описывается на занятии по сцеживанию грудного молока.

Слайд 12. Эффективное выделение молока: необходимо правильное прикладывание



Молоко хорошо поступает к ребенку, если он удобно расположен у груди и глубоко захватил не только сосок, но и значительный участок ареолы. В этом случае комбинация сцеживающих движений языка и нижней челюсти ребенка и изменения давления в ротовой полости ребенка не травмируют грудь, а вызывают активное срабатывание рефлекса выделения молока у матери и позволяют ребенку эффективно высасывать поступающее молоко.

У разных пар мать-ребенок могут быть свои излюбленные положения для кормления.

- Матерям может потребоваться квалифицированная помощь при выборе правильного положения ребенка у груди и в прикладывании ребенка к груди.
- Кроме того, детям не следует давать бутылки и пустышки. Если ребенка начали кормить из бутылки до того, как грудное вскармливание наладилось, это может нарушить эффективность сосания. Ребенок сосет бутылку и пустышку не так, как грудь, он учится другим движениям и

другой технике сосания. Рот у ребенка, сосущего соску, закрыт, он использует десны для того, чтобы добывать молоко из бутылки. Даже те дети, которых начинают кормить из бутылки через несколько недель, могут испытывать трудности с сосанием.

- Если ребенок **неправильно** приложен к груди, если он сосет только сосок, это вызывает болезненные ощущения у матери. Неправильное прикладывание к груди – основная причина болезненности сосков.
- Когда **неправильно**, неглубоко приложенный ребенок интенсивно сосет, стараясь высосать молоко, движения его язычка травмируют сосок. Ребенок также может зажимать сосок деснами. Если ребенок будет продолжать так сосать, это может привести к появлению трещин соска.
- Неправильно приложенный ребенок не может эффективно высасывать молоко из груди, поэтому у матери могут возникнуть нагрубание груди и застой молока.
- Из-за того, что ребенок не может эффективно высасывать молоко, он может компенсировать это увеличением длительности и/или частоты кормлений. Мать может характеризовать это как «постоянно висит на груди». Ребенок может быть беспокойным, плакать, недостаточно набирать вес.
- Из-за всего этого у матери может появиться чувство, будто она не справилась с грудным вскармливанием.
- Если грудь не опустошается эффективно длительное время, выработка молока может действительно уменьшиться.

Слайды 13-15.

- Выработка молока после родов **запускается** рождением плаценты (молоко «приходит» даже если мать не кормит грудью).
- Для **поддержания** выработки молока необходимо частое и эффективное опорожнение груди.

Важно помнить, что хотя для «прихода» молока не нужно сосание (молоко приходит даже у тех матерей, которые не кормят грудью), частое и эффективное опорожнение груди – обязательно условие для поддержания лактации.

Регулирование секреции молока в молочной железе

- Ингибитор лактации всегда присутствует в молоке («встроенная защита от переполнения»).
- Чем дольше молоко накапливается в груди, тем медленнее вырабатывается новое.
- В опорожненной груди молоко вырабатывается быстрее всего.
- Две груди «работают» независимо одна от другой. При необходимости можно остановить лактацию только в одной груди и кормить второй.

Правило количества молока:

Используй или потеряй

(молоко нельзя копить!)

Часто матери, которые беспокоятся, что их ребенок не получает достаточно молока, получают ошибочные советы «накопить молоко к кормлению», «подождать, пока грудь наберется». На самом деле это может привести к снижению лактации. Для того, чтобы ребенок получил больше молока, следует рекомендовать обратное – более частые кормления (помочь матери с правильным прикладыванием, если необходимо). Необходимо предостерегать матерей от «накапливания» молока к кормлению.

Слайд 16. Здоровый новорожденный – компетентен.

Здоровый новорожденный – компетентен

- У ребенка есть врожденные инстинкты, помогающие ему найти грудь, взять ее и сосать
- Appetit ребенка регулирует выработку молока у матери



Контакт кожа к коже очень важен для запуска врожденного поведения ребенка

Предыдущие слайды демонстрировали рефлексы у матери. Также полезно знать о том, какие пищевые рефлексы имеются у новорожденного.

Ребенок запрограммирован природой на мягкий переход от внутриутробной жизни к внеутробной. После рождения у ребенка включается запрограммированное поведение, и ребенок начинает искать источник пищи – материнскую грудь. Именно аппетит ребенка регулирует количество молока у матери (закон спроса и предложения). Поэтому если прикладывать ребенка к груди тогда, когда

он демонстрирует признаки голода, и не ограничивать длительность кормлений, ребенок отрегулирует выработку молока оптимальным образом.

Слайд 17. Рефлексы у ребенка

Рефлексы ребенка



Поисковый рефлекс
Когда что-то касается губ, ребенок раскрывает рот, опускает и высовывает в перед язык

Сосательный рефлекс
Когда что-то касается неба, ребенок начинает сосать

Глотательный рефлекс
Когда рот наполняется молоком, ребенок глотает

Мама учится располагать ребенка у груди

Ребенок учится брать грудь

У ребенка имеются три основных рефлекса, задействованных в питании – поисковый, сосательный и глотательный.

- Когда что-либо касается губ или щеки ребенка, он открывает рот и поворачивает голову в поисках этого объекта. Он высовывает язык вперед и вниз. Это называется «поисковый рефлекс». Как правило, ребенок находится «в поисках» груди.

- Когда что-либо касается неба ребенка, он начинает это сосать. Это – сосательный рефлекс.

- Когда рот ребенка наполняется молоком, он его глотает. Это – глотательный рефлекс.

Все эти рефлексы функционируют автоматически, ребенку не нужно ничему учиться.

На фото на слайде ребенок не тянется прямо к груди. Он тянется вверх из-под соска. Это помогает ему правильно приложиться к груди, потому что:

- Сосок направлен вверх к небу ребенка, что стимулирует его сосательный рефлекс.
- Нижняя губа ребенка будет находиться под соском, чтобы его язык мог расположиться под большими протоками.

Слайд 18. Хочу есть! Признаки готовности ребенка к кормлению

Хочу есть! Признаки готовности ребенка к кормлению



- Быстрые движения глаз
- Движения рук и ног
- Ищет ротом, тянет пальцы в рот
- Сосательные движения
- Тихие звуки, похожие на вздохи

Ранние:
оптимальное время начать кормление

Немедленно покормите!

Поздние признаки голода

Ребенку трудно хорошо взять грудь и эффективно сосать, если мама ждет крика, чтобы приложить к груди

Хорошие

Беспокойство, периодический плач

Ребенок кричит, его лицо краснеет

Jen Mottet, Breastfeeding and Human Lactation, 2008
ILCA, 2008 Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding. www.ilca.org

Ребенок дает матери понять, что он готов к кормлению. Существуют такие признаки готовности:

- Быстрые движения глаз
- Ерзание, беспокойство
- Поиск (ребенок засовывает пальцы в рот)
- Сосательные движения
- Тихие звуки, похожие на вздохи

Для матери оптимально предложить ребенку грудь, как только она заметит ранние признаки его готовности к кормлению. Так ребенок будет более терпелив у груди, его легче будет правильно приложить, ребенок будет сосать дольше и активнее.

Если ждать, когда ребенок расплачется, это может утомить и расстроить ребенка. Расплакавшемуся ребенку нелегко сразу правильно взять грудь, он может травмировать сосок. Ребенок может быстро утомиться и заснуть раньше, чем насытится.

Слайд 19. Почему молозива должно быть мало?

Почему молозива должно быть мало?

- Маленький объем дает время незрелым почкам новорожденного адаптироваться
- Меньше лактозы и жира в молозиве – возможность адаптироваться пищеварительной системе.
- Ребенок может «отработать» прикладывание и сосание на мягкой, податливой груди
- Нет стресса от быстрого потока молока: молозиво густое и выделяется медленно, поэтому его легко глотать
- Высокая концентрация антител, антиинфекционных факторов, факторов роста, антиоксидантов: защита ребенка в новой среде обитания

Молозиво жизненно необходимо новорожденному. Молозиво считается «первой иммунизацией» ребенка, так как оно обладает антибактериальными и противои инфекционными свойствами, что защищает ребенка от инфекций, в том числе, от госпитальных. Младенцу не нужен большой объем жидкости в первые дни, его пищеварительная и выделительная система еще не готова с ним справиться. Густое, насыщенное питательными веществами и медленно поступающее молозиво легко проглотить, поэтому сосание груди не является стрессом для ребенка.

Слайд 20. Нормальный ритм кормления новорожденного: Кормление сериями

Нормальный ритм кормления новорожденных: кормление сериями

- Ребенок прикладывается к груди, какое-то время сосет. Отпускает грудь. Кажется, что уснул
- Через 15-20-30 минут опять демонстрирует признаки готовности к кормлению. Беспокоится, если не прикладывают к груди
- Засыпает на более длительное время после серии таких кормлений

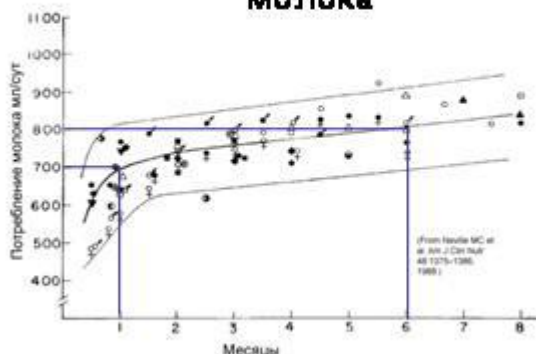
Ритм кормления новорожденного ребенка отличается от ритма кормления ребенка в возрасте, например, одного месяца. Было замечено и описано в литературе, что новорожденные сосут в течение короткого времени, затем отпускают грудь, а через 15 – 30 минут снова могут проявить признаки готовности к кормлению. После нескольких кормлений новорожденный засыпает на более долгое время.

Поскольку вместимость желудка новорожденного очень невелика, ему не нужно большое количество пищи – ребенок может съесть до 5 мл молозива

на одно кормление в первый день.

Слайд 21. В возрасте 1 месяца ежедневный объем пищи, потребляемой ребенком, стабилизируется

В месяц ребенок «выходит» на стабильный объем потребления молока



В первые 24 часа после родов ребенок высасывает небольшое количество молозива (до приблизительно 37 мл за сутки). Секретция молока увеличивается постепенно в первые 36 часов, а после – резко возрастает в следующие 49 – 96 часов. К пятому дню объем молока может достигнуть 400-500 мл в сутки. К месяцу младенцы в среднем потребляют 750 ± 150 мл молока в сутки. Этот объем медленно увеличивается до около 800 мл в день к шести месяцам, причем цифра может варьироваться в пределах от 550 до 1150

мл (исключительно грудное вскармливание). Как показано на слайде, объединяющем результаты нескольких исследований, суточный объем молока, потребляемого здоровыми младенцами на грудном вскармливании, незначительно изменяется в интервале от 1 до 6 месяцев. Этим дети на грудном вскармливании отличаются от искусственников, которые съедают все большие объемы молока с возрастом.

После того, как в рацион ребенка вводятся другие продукты, суточный объем молока постепенно снижается.

Слайд 22. Это нормально

Это нормально:

- Аппетит ребенка не постоянен: в одно кормление он высасывает больше, в другое - меньше
- «Серии» кормлений
- «Марафонские» кормления вечером
- Скачки роста: часто в 3, 6, 12 недель жизни ребенка
- Грудь становится мягче и меньше через несколько недель после родов

Матери часто сомневаются в своей способности кормить грудью, когда сталкиваются с перечисленным выше. Им важно получить поддержку и информацию

Секреция грудного молока напрямую зависит от потребностей ребенка. Дети умеют самостоятельно регулировать свое В разные кормления в течение дня ее ребенок потребляет молоко в различном объеме.

Кормление сериями и длительное кормление – обычные компоненты грудного вскармливания.

Матери должны быть готовы к быстрому росту детей в возрасте 3, 6 и 12 недель, а также к изменению ощущений в груди по мере того, как лактация устанавливается.

Литература:

1. Infant and Young Child Feeding Counselling: An Integrated Course. *Trainer's Guide*, WHO 2006
2. Jan Riordan, Breastfeeding and Human Lactation. Third edition, 2005

Положение ребенка у груди. Признаки правильного прикладывания к груди

Слайд 2. Правильное прикладывание к груди снижает риск травмы сосков

Правильное прикладывание к груди снижает риск травмы сосков

Ingram J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families *Midwifery* 2002, 18(2): 87-101

Henderson A, Stamp G, Pincombe J. Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: a randomized trial. *Birth* 2001, 28(4): 236-42



NCA, 2005 Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding. www.nca.org

Время кормления грудью не должно ограничиваться.

Ограничение длительности кормлений не предотвращает болезненность сосков. На болезненность влияет то, как ребенок взял и сосет грудь. Если ребенок приложен к груди неправильно, у женщины очень быстро заболят соски, даже если она будет ограничивать длительность кормлений. Скорее всего, такой ребенок не получит необходимого количества молока.

Если ребенок приложен к груди правильно, он может оставаться у груди в течение долгого времени, и кормление будет комфортным и эффективным.

Чувствительный сосок находится глубоко во рту у ребенка, в «безопасной зоне», далеко от кончика языка и челюстей ребенка. Именно кончик языка и десны ребенка могут травмировать сосок.

Болевые ощущения во время кормления грудью не являются нормой. Они являются признаком того, что необходимо что-то исправить.

Существуют доказательства того, что правильное прикладывание и положение ребенка у груди снижает риск появления болезненности сосков и травм сосков.

Слайд 3. Хорошая техника кормления ассоциируется с более длительным кормлением

Хорошая техника кормления ассоциируется с более длительным кормлением



Cernadas J Met al., Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life *J. Hum. Lact.* 2003, 19(2): 136-44

Ingram J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families *Midwifery* 2002, 18(2): 87-101

Riguard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 1992, 19(4): 185-9

Мать и ребенок проводят много времени в кормлении грудью, особенно в первые месяцы жизни ребенка. При правильном прикладывании ребенок может более эффективно высасывать молоко. При правильном прикладывании и положении ребенка у груди каждое прикладывание к груди – это отдых для матери, а не тяжелый труд. Матери намного легче следовать рекомендациям кормить до 6 месяцев исключительно грудью и продолжать кормление до 2-х лет и более, если ей комфортно во время кормления. Такая мать будет ощущать большую уверенность в своих силах выкормить ребенка грудью.

Имеются доказательства того, что правильная техника кормления способствует более длительному грудному вскармливанию.

Слайд 4. Если ребенок приложен к груди неправильно...



Неправильное прикладывание может повлечь за собой целую цепочку проблем. Многие пары «мать-ребенок» в состоянии установить успешное грудное вскармливание, однако, некоторые прекращают грудное вскармливание на ранних стадиях из-за таких проблем. Это можно предотвратить, если с первых дней жизни прикладывать ребенка к груди правильно.

Канадский педиатр Джек Ньюмен (Jack Newman MD), эксперт по грудному вскармливанию, писал: «Женщины нередко испытывают трудности с тем, чтобы правильно расположить ребенка у

груди и правильно приложить его к груди». Правильное грудное вскармливание с первых дней жизни ребенка предотвращает много проблем и помогает матери почувствовать уверенность в своей способности кормить ребенка.

До того, как менять положение ребенка и его прикладывание к груди медработники должны оценить грудное вскармливание пары «мать-ребенок».

Слайд 5. Четыре признака правильного прикладывания к груди



На слайде перечислены признаки правильного прикладывания к груди.

Очень важно проверить наличие ВСЕХ этих признаков при консультировании и помощи матери в кормлении грудью. Для того, чтобы прикладывание считалось правильным, должны присутствовать ВСЕ четыре признака. Если хотя бы один отсутствует, нельзя говорить, что ребенок правильно приложен к груди. Кроме этого, важным апризнаком являются ощущения матери – кормление должно быть комфортным для нее.

Слайд 6. Подбородок ребенка прижат к груди матери

Признак: Подбородок ребенка ПРИЖАТ к груди матери



Давайте подробнее остановимся на признаке «Подбородок ребенка прижат к груди матери». Обратите внимание, что у обоих детей (на слайде) рот широко раскрыт, и нижняя губа вывернута наружу. Это правильно, так как эти два признака относятся к четырем признакам правильного прикладывания.

Разница между прикладыванием этих детей состоит в том, что подбородок ребенка на фото 1 не касается груди. Этот ребенок приложен к груди неправильно, даже при наличии других признаков правильного прикладывания. Подбородок ребенка на фото 2 касается груди. Это очень важно, так как нижняя челюсть и язык ребенка (которые выполняют большую

часть работы при кормлении грудью) должны быть как можно ближе к груди, чтобы прикладывание было эффективным и молоко хорошо поступало к ребенку.

Слайд 7. У новорожденного и щеки и подбородок будут прижаты к груди матери



Младенцы могут быть настолько близко прижаты к груди, что невозможно увидеть, широко ли раскрыты их рты. Такой плотный контакт – один из признаков того, что ребенок хорошо РАСПОЛОЖЕН у груди. Если необходимо проверить прикладывание, можно попросить мать отвести пальцем грудь от щеки ребенка, чтобы вы могли оценить раскрытие рта ребенка

У правильно приложенного ребенка раннего возраста подбородок и щеки не выглядят не просто касающимися, а плотно прижатыми к груди матери. При этом нос ребенка – свободен. Нет необходимости отводить грудь от носа

ребенка, так как у правильно приложенного к груди младенца нос не зарывается в грудь (если и касается, то только кончиком, а ноздри свободны), и ребенку легко дышать.

Слайд 8. Новорожденный достаточно близко расположен к материнской груди (1)



Вот еще один пример новорожденного ребенка, правильно расположенного у груди. Опять-таки, ребенок находится близко к матери (они просто «слеплены» друг с другом). Носик ребенка свободен, тогда как щеки и подбородок прижаты к груди - так ребенок может эффективно высасывать молоко из груди.

Если ребенок «зарывается» носом в грудь, это признак того, что он расположен у груди неправильно. У мамы не должно возникать необходимости сдавливать руками грудь, чтобы освободить ребенку носик и чтобы он мог дышать.

Слайд 9. Новорожденный прижат к материнской груди (2)



На слайде представлен другой ракурс правильно приложенного к груди ребенка. Его подбородок и щеки касаются груди. Этот ребенок тоже тесно прижат к матери, но его нос не закрыт. Свободный носик – это показатель того, что подбородок ребенка плотно прижат к груди. Если нос ребенка «зарывается» в грудь матери, она должна прижать тело (не голову!) ребенка ближе к своему телу и слегка сдвинуть тело ребенка по направлению к его ногам.

Слайд 10. Большая часть ареолы видна над верхней губой ребенка (1)



Рекомендация касательно того, что ребенок должен захватить ртом всю ареолу - некорректна, так как у многих женщин большие ареолы и часть ареолы в любом случае будет видна.

При правильном прикладывании большая часть ареолы видна над верхней губой ребенка, потому что ребенок больше захватывает грудь снизу. В этом случае язык ребенка может более эффективно «выдаивать» молоко из груди. На фото слева ребенок приложен к груди неправильно, так как большая часть ареолы видна из-под его нижней губы. Этот ребенок не захватил достаточную часть ареолы снизу. Также

мать ребенка поддерживает грудь захватом «ножницы».

Ребенок на фото справа приложен к груди правильно. Заметно, что большая часть ареолы видна над верхней губой ребенка.

Слайд 11. Большая часть ареолы видна над верхней губой ребенка (2)



На Слайде 11 у ребенка на фото слева большая часть ареолы видна из-под нижней губы. Носик этого ребенка «зарыт» в грудь, так как ребенок захватил больше ареолы сверху. Этот ребенок приложен к груди неправильно, несмотря на то, что у него широко открыт рот и вывернуты губы. Положение ребенка у груди неправильное. (Мать может исправить прикладывание, одновременно подвинув тело ребенка ниже и ближе к себе).

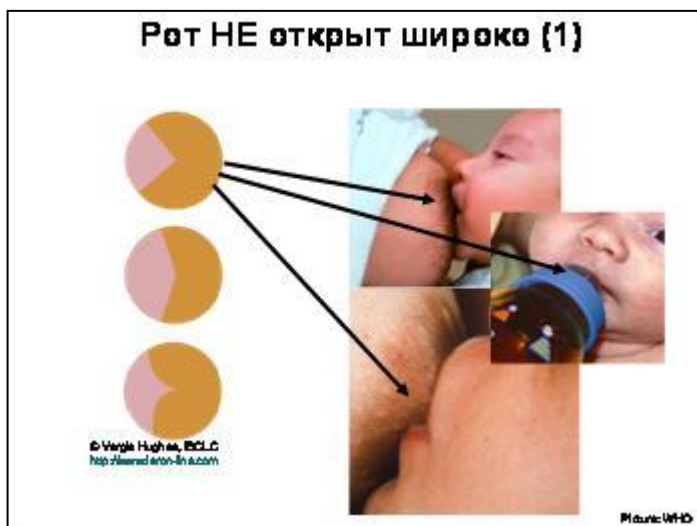
На фото справа большая часть ареолы видна над верхней губой ребенка. Это – признак правильного прикладывания к груди.

Слайд 12. Рот ребенка широко открыт



Широко раскрытый рот ребенка – это важный признак правильного прикладывания к груди. Ребенок не может сосать эффективно с закрытым ртом. Когда рот ребенка широко раскрыт, между верхней и нижней губой образуется угол примерно в 130°-140°.

Слайд 13. Рот НЕ открыт широко (1)



На этом слайде представлены две фотографии детей, которые сосут грудь с закрытым ртом, а также фото ребенка, который сосет соску с закрытым ртом.

Круги с секторами разных цветов на этом и двух последующих слайдах даны для наглядности.

Верхний круг показывает угол 90° . Этот угол слишком мал.

Второй круг показывает угол 140° . Если угол между губами ребенка составляет 140° , это значит, что рот ребенка широко открыт.

Нижний круг показывает ситуацию, когда губы ребенка вывернуты, но рот все-таки закрыт, и ребенок сосет только

сосок груди.

Рот ребенка на второй фотографии открыт под углом 90° , а рот ребенка на верхней фотографии открыт даже под меньшим углом.

Эти дети приложены к груди неправильно. Это может быстро привести к появлению болезненности сосков у матери. У ребенка, который сосет из бутылки, рот также закрыт. Использование бутылки не рекомендуется для детей, которые находятся на грудном вскармливании. Если ребенку дают сосать из бутылки, его сосательный рефлекс может измениться, и он начнет сосать грудь, как соску.

Слайд 14. Признаки неправильного прикладывания к груди (1)



На этом слайде показаны две фотографии детей, губы которых вывернуты при сосании, но рты не раскрыты широко. Это неправильное прикладывание.

Слайд 15. Признаки правильного прикладывания к груди



На этом слайде показаны две фотографии детей, которые сосут грудь с широко раскрытыми ртами (140°). Пользуйтесь кружочками для наглядности. Укажите на верхнюю фотографию и напомните участникам о том, что прикладывание считается правильным, если присутствуют все четыре признака правильного прикладывания. Ребенок на верхнем фото приложен к груди

неправильно, так как его подбородок не касается груди.

Слайд 16. Нижняя губа вывернута наружу



У правильно приложенных к груди детей нижняя губа вывернута наружу (фото на слайде слева). Нижняя губа первого ребенка не вывернута наружу. У ребенка на фото справа нижняя губа вывернута, и он приложен к груди правильно (большая часть ареолы видна над верхней губой, подбородок касается груди, рот широко раскрыт)

Слайд 17. Ждите широко раскрытый ротик



Ребенок должен широко раскрыть рот и опустить язык, чтобы взять в рот значительную часть ареолы.

Следует сказать матери, что она должна держать малыша близко к себе, так, чтобы сосок указывал в носик ребенка и ждать, пока ребенок не раскроет рот (широко, как при зевании) прежде чем придвигать ребенка еще ближе к груди. Чтобы стимулировать ребенка широко раскрыть рот, мать может прикоснуться к губам ребенка своим соском или ареолой.

Невозможно добиться правильного прикладывания, если пытаться вложить грудь в полуоткрытый рот ребенка, как

бутылочную соску, «гоняться» с грудью за ртом ребенка.

Слайд 18. Положение ребенка во время кормления грудью



Ребенок может правильно взять грудь и поддерживать правильное прикладывание во время кормления только, если и мать, и ребенок чувствуют себя комфортно во время кормления.

Можно кормить грудью в различных положениях, но правила правильного расположения всегда одни и те же.

- Мать должна чувствовать себя комфортно и быть в расслабленном состоянии.
- Ей необходима поддержка для рук и спины. Если мать сидит, ее ступни должны полностью опираться на пол.

- Ребенок должен быть тесно прижат к матери.
- Тело ребенка следует надежно поддерживать.
- Ребенок должен быть обращен лицом к материнской груди.
- Рот ребенка должен находиться чуть ниже соска, когда он захватывает грудь (сосок указывает в нос ребенка).
- Голова, шея и тело ребенка должны находиться в одной плоскости.
- Не нужно давить на затылок ребенка, затылок ребенка должен быть свободен.

Слайд 19. Руки ребенка должны быть свободны



Очень важно не закрывать руки ребенка при прикладывании его к груди. Массирующие движения рук ребенка повышают уровень окситоцина у матери. Если ребенка положить в контакт «кожа к коже» с матерью после родов, запах околоплодной жидкости на руках помогает ребенку найти грудь.

Слайд 20. Прикладывание и кормление в положении «колыбелька»



Положение «колыбель» чаще всего используется по истечении первых нескольких недель. Однако расположить таким образом маловесного или недоношенного ребенка для кормления - тяжело. Таким детям больше подходит поддержка «скрещенная колыбель» или «футбольный мяч».

На слайде приведены признаки правильного положения ребенка у груди:

- Тело и голова ребенка находятся в одной плоскости
 - Ребенок тесно прижат к телу матери
 - Мать поддерживает рукой все тело ребенка
- Ребенок тянется к груди носом к соску.

Слайд 21. Поддержка «Перекрестная колыбелька» и прикладывание из-под руки



Поддержки «перекрестная колыбелька» и прикладывание из-под руки хорошо использовать для кормления маловесных, недоношенных или больных детей, а также детей с низким мышечным тонусом.

Поддержки «перекрестная колыбелька» и из-под руки дают матерям возможность лучше контролировать прикладывание ребенка. Рука матери создает как бы «вторую шею» для ребенка. Так ребенок более стабилен.

Поддержка из-под руки также полезна матерям, восстанавливающимся после кесарева сечения, так как при такой поддержке ребенок не давит на шрам на

животе матери, а также матерям с большой грудью, которым тяжело кормить с поддержкой «колыбелька».

Breastfeeding Answer Book, изданная La Leche League International (1997), так описывает поддержку из-под руки:

- «Чтобы матери было комфортно, предложите ей положить подушку под плечи и твердые подушки по бокам, чтобы приподнять ребенка на уровень груди.
- Ребенок обращен лицом к матери, а его тело находится сбоку матери под ее рукой.
- Ягодицы ребенка лежат на подушке рядом с локтем матери, а его бедра опираются на спинку стула или на стену, если мать сидит в кровати.
- Плечи ребенка лежат на предплечье матери, а она поддерживает рукой его сзади под шею.»

Мать не должна сгибать голову ребенка, когда она подносит его к груди. Шея ребенка должна быть прямой.

Все принципы правильного прикладывания к груди распространяются на обе эти поддержки.

Слайд 22. Кормление грудью в положении лежа



Уметь кормить лежа полезно потому, что мать может отдохнуть во время кормления.

Кормление в положении лежа можно использовать:

- Когда мать хочет спать, она может кормить ребенка грудью, не вставая
- Через короткое время после кесарева сечения или эпизиотомии, когда положение на спине или на боку более комфортно для матери.

Слайд 23. Кормление грудью лежа: неправильное положение



Иногда матери сложно найти комфортное положение для кормления, и ей надо в этом помочь.

Данный слайд показывает распространенные ошибки при кормлении лежа.

Мать на рисунке не расслаблена. Она опирается на локоть, вместо того, чтобы комфортно положить голову на подушку. В таком положении сложно кормить долго. Матери часто жалуются на усталость от кормления и на то, что они не могут расслабиться во время кормления в положении лежа, когда они лежат в положении, показанном на рисунке. Таким матерям необходима

помощь в прикладывании и расположении ребенка. На слайде ребенок лежит на спине, далеко от тела матери. Его шея вывернута. Мать держит грудь далеко от носа ребенка, так как ребенок тянется к груди сверху. Он висит на соске. Такое положение может привести к тому, что матери жалуются «берет грудь хорошо, но потом соскальзывает на кончик соска»

Слайд 24. Кормление грудью в положении лежа: правильное положение



Когда мать кормит ребенка в положении лежа, должны быть соблюдены все четыре признака правильного положения у груди:

- Тело и голова ребенка находятся в одной плоскости
- Ребенок прижат к телу матери
- Мать поддерживает все тело ребенка
- Сосок «на старте» указывает в нос ребенка

Слайд 25. Прикладывание к груди



Рисунок 1.

- Мать располагает тело ребенка так, чтобы оно было обращено к ее телу (а не повернуто в сторону), ступни, бедра и плечи ребенка находятся на одной линии; тело ребенка плотно прижато к телу матери.
- Мать размещает ребенка так, чтобы нос ребенка был направлен

на сосок (сосок указывает на верхнюю губу или ноздрю ребенка).

- Мать поддерживает шею ребенка.
- Затылок ребенка свободен, так, что ребенок может немного откинуть голову назад, когда раскрывает рот. (Не давите на затылок ребенка!)
- Мать ждет, пока ребенок широко раскроет рот.

Рисунок 2.

- Нижняя губа ребенка «приземлилась» на ареоле далеко от основания соска. Сосок направлен в небо широко раскрытого рта ребенка.
- Мать быстро придвигает ребенка к груди, первым к груди приближается подбородок, а не нос ребенка.

Рисунок 3.

- Сейчас ребенок успешно захватил грудь.

Матери следует ИЗБЕГАТЬ следующего:

- Вытягивать грудь так, чтобы она оказалась на уровне рта ребенка (ребенок должен быть на естественной высоте соска)
- «Гоняться» грудью за ребенком
- Держать грудь хватом «ножницы»
- Не поддерживать грудь
- Склоняться над ребенком
- Направлять сосок прямо в центр рта ребенка
- Нажимать на подбородок ребенка, чтобы он открыл рот
- Нагибать голову ребенка (например, надавливая на затылок ребенка), приближая его к груди
- Придвигать грудь к ребенку, а не ребенка к груди
- Придвигать ребенка к груди, пока он еще не раскрыл широко рот
- Медлить с тем, чтобы придвинуть ребенка к груди, когда он широко раскрыл рот.
- Держать ребенка у груди так, чтобы он касался ее носом, а не подбородком
- Делать «ямку» на груди, чтобы грудь не закрывала нос ребенку (если ребенок приложен к груди правильно, не понадобится, так как нос ребенка все равно не будет зарываться в грудь)

Слайд 26. Пара мама-ребенок (1)



У этой пары:

- Губы ребенка вытянуты вперед
- Большая часть ареолы видна под нижней губой ребенка
- Подбородок ребенка касается груди
- Нижняя губа ребенка вывернута наружу

Этот ребенок неправильно приложен к груди. Положение его у груди тоже неправильное. Голова ребенка находится слишком высоко над грудью. Его нижняя челюсть не может сжимать крупные млечные протоки, и этот ребенок может получить молоко только в том случае,

если у матери сильный окситоциновый рефлекс. Чтобы исправить прикладывание, ребенка следует отнять от груди, и приложить его к груди опять, расположив ребенка так, чтобы сосок указывал ему в носик. Следует дождаться широко раскрытого рта ребенка, прежде чем подтягивать его к себе.

Слайд 27. Пара мама-ребенок (2)



У этой пары:

- Ребенок туго спеленут
- Большая часть ареолы видна под нижней губой ребенка
- Подбородок ребенка касается груди
- Нижняя губа ребенка вывернута наружу

Этот ребенок неправильно приложен к груди и неправильно расположен. Он находится слишком «высоко», возле плечей матери, и вынужден наклонять голову вперед (насколько позволяют пеленки), чтобы дотянуться до груди.

Чтобы исправить прикладывание, ребенка необходимо распеленать и

положить в контакт «кожа к коже» с матерью, лицом к ней. Следует поменять положение ребенка так, чтобы он тянулся к груди снизу, носом к соску (а не подбородком к соску, как показано на фото).

Слайд 28. Пара мама-ребенок (3)



У этой пары:

- Ребенок лежит на боку.
- Ребенок обращен лицом к матери
- Тело ребенка прижато к телу матери
- Подбородок ребенка касается груди.

Этот ребенок правильно расположен у груди и, вполне вероятно, правильно приложен.

Слайд 29. Пара мама-ребенок (4)



У этой пары:

- Ребенок лежит на боку.
- Ребенок обращен лицом к матери
- Тело ребенка прижато к телу матери
- Подбородок ребенка касается груди.

Этот ребенок правильно расположен у груди.

Слайд 30. Пара мама-ребенок (5)



У этой пары:

- Голова и тело ребенка НЕ находятся в одной плоскости. Шея ребенка вывернута.
- Тело ребенка НЕ прижато к телу матери
- Новорожденный ребенок сидит на коленях у матери
- Подбородок ребенка касается груди
- Рот ребенка НЕ раскрыт широко

Этот ребенок приложен к груди неправильно. Его положение у груди также неправильно. Чтобы исправить

прикладывание, нужно изменить положение ребенка так, чтобы он был прижат к груди матери, лицом к груди. Необходимо поддерживать все тело ребенка. Голова и тело ребенка должны находиться на одной линии. Мать должна дождаться, пока ребенок широко раскроет рот, и только тогда прикладывать его к груди. Необходимо раскрыть руки ребенка.

Слайд 31. Пара мама-ребенок (6)



У этой пары:

- Тело ребенка прижато к телу матери
- Большая часть ареолы видна под нижней губой ребенка
- Нос ребенка «зарыт» в грудь больше, чем подбородок
- Мать не давит на затылок ребенка, поддерживает его под спинку и плечики.

Этот ребенок слишком высоко по отношению к соску. Во время кормления он может съехать к кончику соска. Чтобы исправить положение, мать должна

опустить ребенка чуть ниже и прижать к себе его ягодицы своим предплечьем. Так подбородок ребенка теснее прижмется к груди и большая часть ареолы будет видна над его верхней губой.

Литература:

1. Infant and Young Child Feeding Counselling: An Integrated Course. *Trainer's Guide*, WHO 2006
2. http://www.vabarnsley.org.uk/pdf/breastfeeding/attached_properly.pdf. How do I know my baby is attached properly.
3. Handout *When Latching* May 2008 Original written and designed by Anne Barnes. Written and Revised by Jack Newman, MD, FRCPC 1995-2005
4. Nancy Mohrbacher and Julie Stock. *The Breastfeeding Answer Book*, La Leche League International, 1997
5. Photos are generously provided by JSI Maternal and Infant Health Project, Ukraine, 2009 if not stated otherwise

Навыки консультирования: «Слушать и узнавать»

- Консультирование – это способ работы с людьми, при помощи которого вы пытаетесь понять, как они себя чувствуют, чтобы помочь им сделать оптимальный выбор в той или иной ситуации.
- Консультирование матерей по кормлению детей – это не единственная ситуация, где нужны и полезны навыки консультирования.
- Консультирование необходимо, когда медработник общается с пациентами. Также вы можете применять навыки консультирования при любом общении, включая общение со своими близкими, друзьями, коллегами по работе и т.д. Практикуя навыки консультирования в любых ситуациях, вы найдете их весьма полезными и результативными.
- Не любая мать сможет поделиться своими чувствами, особенно, когда она застенчива и плохо знает собеседника. Вам понадобятся навыки умения слушать и навыки демонстрации своей заинтересованности в ней. Это позволит матери рассказать больше о себе. И вряд ли в этой ситуации мать отвернется и ничего вам не скажет.

Навык 1. Используйте полезное, невербальное общение

ДЕМОНСТРАЦИЯ I - НЕВЕРБАЛЬНОЕ ОБЩЕНИЕ

1. Поза при общении:

Препятствует: Вы стоите и Ваша голова выше головы другого человека

Помогает: Вы сидите, и Ваша голова находится на одном уровне с собеседником (мамой)

2. Контакт глаз:

Помогает: Смотрите на нее, внимательно слушаете, что она говорит

Препятствует: Смотрите на другой предмет, либо на свои заметки в тетради

3. Препятствия:

Препятствует: Сидите за столом или пишите что-то во время беседы

Помогает: Сядьте так, чтобы вас не разделял стол и ничего не пишите

4. Уделять время:

Помогает: Покажите, что у вас есть время. Сядьте и поприветствуйте мать, не спеша. Затем говорите с ней спокойно, наблюдая, как она кормит грудью. Улыбайтесь. Ждите, пока она ответит, отреагирует.

Препятствует: Находиться в спешке. Показывать нетерпение и занятость другими делами, смотреть на часы.

5. Прикасаться:

Помогает: Прикасаться к матери уместным способом

Препятствует: Прикасаться социально не принятым способом

ПОЛЕЗНОЕ НЕВЕРБАЛЬНОЕ ОБЩЕНИЕ

- ☐ Голова на одном уровне
- ☐ Обращать внимание
- ☐ Устранять препятствия
- ☐ Уделять время
- ☐ Касаться уместным способом

Навык 2. Задавать открытые вопросы

- Открытые вопросы обычно начинаются вопросительными словами, такими как: «Как», «Какой», «Где», «Когда», «Кто», «Каким образом» и т.д. Например: *Каким образом вы кормите Вашего ребенка?*

- Закрытые вопросы – менее полезны. Они обычно уточняют ту или иную информацию, и ожидаемый ответ будет либо «Да», либо «Нет».

- Закрытые вопросы не имеют вопросительных слов. Например: *Вы кормили своего старшего ребенка грудью?*

- Если мать ответит «ДА», вы не поймете, кормила ли она его исключительно грудным молоком или давала смеси.

- Если вы продолжите задавать вопросы, на которые мать будет отвечать «да» или «нет», у вас затянется консультирование и, в итоге, вы расстроитесь, а мать не захочет продолжить общение и не скажет вам правду.

ДЕМОНСТРАЦИЯ II – Закрытые вопросы, на которые мать ответит либо «ДА», либо «НЕТ»

Медработник: «Доброе утро, (имя матери). Я (имя) – акушерка. Хорошо ли чувствует себя (имя ребенка)?»

Мать: «Да, спасибо»

Медработник: «Вы его кормите грудью?»

Мать: «Да»

Медработник: «У вас есть какие-то трудности с кормлением?»

Mother: «Нет»

Медработник: «Он часто берет грудь?»

Mother: «Да.»

ДЕМОНСТРАЦИЯ III – ОТКРЫТЫЕ ВОПРОСЫ

Медработник: «Доброе утро, (имя матери). Я (имя) – акушерка. Как себя ведет (имя ребенка)?»

Мать: «Хорошо. Но он постоянно голодный»

Медработник: «Расскажите, пожалуйста, как вы его кормите?»

Мать: «Он сосет грудь, но вечером я даю ему бутылку»

Медработник: «А почему вы решили давать ему бутылку?»

Мать: «В это время суток он часто просит грудь, вот я и подумала, что моего молока ему может не хватать».

Для начала разговора полезно задать общий вопрос. Это дает возможность матери сказать то, что для нее важно на данный момент. Например, вы можете задать вопрос матери, у которой ребенок в возрасте 9 месяцев: «Как Ваш ребенок кушает?».

ДЕМОНСТРАЦИЯ IV - НАЧАЛО РАЗГОВОРА И ЕГО ПРОДОЛЖЕНИЕ

Медработник: “Доброе утро, (имя матери). Как дела у Вас и у Вашего (имя ребенка)?”

Мать: “Спасибо, у нас все хорошо”

Медработник: “Сколько уже исполнилось вашему малышу?”

Мать: “Сегодня ему уже 2 дня”

Медработник: “Как Вы его кормите?”

Мать: “Кормлю его грудью и иногда даю водичку”

Медработник: “А почему вы решили, что ему нужна водичка?”

Мать: “У меня не хватает грудного молока для него, и он не хочет брать грудь”.

Навык 3. Использовать ответы и жесты, которые показывают заинтересованность

Одними из важных способов показать, что вы слушаете и заинтересованные – это:

Жесты (смотреть на мать, кивать головой, улыбаться)

Простые ответы (например: «м-м-м», «хм», «да-да», «ага», «надо же!»...)

ДЕМОНСТРАЦИЯ V - ИСПОЛЬЗОВАТЬ ОТВЕТЫ И ЖЕСТЫ, КОТОРЫЕ ПОКАЗЫВАЮТ ИНТЕРЕС

Медработник: “Доброе утро, (имя матери). Как дела у (имя ребенка) с вводом твердой пищи?”

Мать: “Доброе утро. С ним все в порядке, я думаю”

Медработник: “м-м-м.” (кивает головой и улыбается)

Мать: “Хотя я немного беспокоилась вчера из-за того, что его стошнило”

Медработник: “надо же!” (поднимает брови, смотрит заинтересованно)

Мать: “Я вот подумала, что может что-то не в порядке с рагу, которое ему давала”

Медработник: “ага!” (кивает сочувствующе).

Навык 4. Отражать слова матери

ДЕМОНСТРАЦИЯ VI. – ПРОДОЛЖАЯ ЗАДАВАТЬ ФАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Медработник: “Доброе утро, (имя). Как у вас и у (имя ребенка) дела сегодня?”

Мать: “Он постоянно хочет кушать. Он буквально все время «висит» у меня на груди!”

Медработник: “Все время – это примерно сколько раз в сутки?”

Мать: “Да прикладываю его к груди каждые полчаса”

Медработник: “Что и ночью столько же он хочет кушать?”

Mother: “Да.”

ДЕМОНСТРАЦИЯ VII – ОТРАЖАЯ СЛОВА МАТЕРИ

Медработник: “Доброе утро, (имя). Как у вас и у (имя ребенка) дела сегодня?”

Мать: “Он постоянно хочет кушать. Он буквально все время «висит» у меня на груди!”

Медработник: “(имя ребенка) кушает слишком часто?”

Мать: “Да. На этой неделе он постоянно голоден. Я думаю, что у меня уходит молоко”

Медработник: “Он кажется более голодным на этой неделе?”

Мать: “Да, и моя сестра говорит, что я должна начать давать ему питание из бутылки”

Медработник: “Ваша сестра говорит, что ему нужно другое питание?”

Mother: “Да. Какая смесь самая хорошая?”

Навык 5. Проявлять эмпатию, показывать ваше понимание того, что чувствует мать

ДЕМОНСТРАЦИЯ VIII - СОЧУВСТВИЕ

Медработник: “Доброе утро, (имя). Как у Вас и у Вашего (имя) дела сегодня?”

Мать: “(Имя ребенка) плохо берет грудь, я переживаю, что он болен”

Медработник: “Я могу понять, как Вы чувствуете. Когда мой ребенок болел, я себе места не находила. Поэтому я точно знаю, как вы переживаете”

Мать: “А чем болел Ваш ребенок?”

ДЕМОНСТРАЦИЯ IX - ЭМПАТИЯ

Медработник: “Доброе утро, (имя). Как у вас и у вашего (имя ребенка) дела сегодня?”

Мать: “(Имя ребенка) плохо берет грудь, я переживаю, что он болен”

Медработник: “Вы очень переживаете о состоянии его здоровья?”

Мать: “Да, сейчас эпидемия гриппа и я боюсь, что он заболел”

Медработник: “Вы, должно быть, сильно боитесь за своего малыша?”

ДЕМОНСТРАЦИЯ X – СОЧУВСТВИЕ

Медработник: “Доброе утро (имя). Вы со мной хотели побеседовать?” *Улыбается*

Мать: “На прошлой неделе я прошла тест на ВИЧ, и оказалось, что у меня ВИЧ. Я переживаю за своего ребенка”

Медработник: “Да, я знаю, как вы чувствуете. У моей сестры ВИЧ”

ДЕМОНСТРАЦИЯ XI - ЭМПАТИЯ

Медработник: “Доброе утро, (имя). Вы со мной хотели побеседовать?” *Улыбается*

Мать: “На прошлой неделе я прошла тест на ВИЧ, и оказалось, что у меня ВИЧ. Я переживаю за своего ребенка”

Медработник: “Вы, действительно переживаете о том, что может произойти.”

Мать: “Да, конечно. Я не знаю, что мне делать.”

ДЕМОНСТРАЦИЯ XII – СПРАШИВАТЬ ФАКТЫ

Медработник: “Доброе утро, (имя). Как дела у вас и у вашего (имя ребенка) сегодня?”

Мать: “Он отказывается брать грудь. Это случилось после того, как я начала давать ему каши на прошлой неделе. Он отворачивает голову и отодвигается от груди”

Медработник: “Сколько месяцев уже (имя ребенка)?”

Мать: “Ему семь месяцев”

Медработник: “Сколько каши он съедает за день?”

ДЕМОНСТРАЦИЯ XIII – ЭМПАТИЯ

Медработник: “Доброе утро (имя). Как дела у вас и у вашего (имя ребенка) сегодня?”

Мать: “Он отказывается брать грудь. Это случилось после того, как я начала давать ему каши на прошлой неделе. Он отворачивает голову и отодвигается от груди”

Медработник: “Печально, когда Ваш ребенок не хочет брать грудь”

Мать: “Ага, ощущение такое, что я ему не нужна больше”.

Навык 6. Избегать оценивающих слов

ДЕМОНСТРАЦИЯ XIV - ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОЦЕНИВАЮЩИХ СЛОВ

Медработник: “Доброе утро. (Имя ребенка) **нормально** берет грудь?”

Мать: “Думаю, что нормально”

Медработник: “Как вы думаете, у Вас **достаточно** молока для него?”

Мать: “Не знаю... возможно, а может, и нет...” (мать *выглядит неуверенно*)

Медработник: “Он **хорошо** набрал в весе в этом месяце?”

Мать: “Даже не знаю...”

Медработник: “Может, я посмотрю на карту роста?”

ДЕМОНСТРАЦИЯ XV – ИЗБЕГАТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОЦЕНИВАЮЩИХ СЛОВ

Медработник: “Доброе утро (имя). Как у Вас обстоят дела с грудным вскармливанием?”

Мать: “Спасибо у нас все хорошо. Пока (имя ребенка) хватает полностью моего молока”

Медработник: “Как он набирает вес? Могу я посмотреть на карту роста?”

Мать: “Медсестра сказала, что он набрал полкилограмма в этом месяце и я им очень довольна”

Медработник: “Без сомнения он получает с Вашим молоком все, что ему нужно”

НАВЫКИ «СЛУШАТЬ И УЗНАВАТЬ»

- ☐ Использовать полезное невербальное общение
- ☐ Задавать открытые вопросы
- ☐ Использовать слова и жесты, которые показывают интерес
- ☐ Отражать слова матери
- ☐ Эмпатия - показывать, что вы понимаете, как себя чувствует мать
- ☐ Избегать оценивающих слов

Практическое занятие в роддоме по навыкам консультирования «Слушать и узнавать»

- Те навыки консультирования «Слушать и узнавать», которые Вы приобрели в классе, Вы будете отрабатывать на практическом занятии в послеродовых палатах, консультируя матерей с детьми.
- На данном этапе Вы не предоставляете никаких рекомендаций или помощи.
- Вам необходимо взять с собой копии формы «Наблюдение за грудным вскармливанием», список навыков «Слушать и узнавать», ручку и блокнот.
- Вы будете работать в группах по 3-4 человека и 1 тренер.

Что необходимо делать в палатах с матерями:

- По очереди вы будете разговаривать с матерями, остальные участники в группе будут наблюдать.
- Представьтесь матери и попросите разрешение с ней пообщаться. Представьте остальную группу и скажите, что все вы заинтересованы в кормлении детей. Если мать во время визита не кормит грудью, попросите мать кормить своего малыша так, как она обычно это делает, когда будет готов ребенок.
- Попытайтесь найти стульчик, чтобы вы могли присесть.
- Используйте максимально навыки «Слушать и узнавать». Попытайтесь, чтобы мать рассказала о себе, своем ребенке и как она кормит своего малыша. Вы можете говорить просто о жизни, а не о грудном вскармливании.

- Другие участники группы должны стоять тихо сзади. Нужно вести себя максимально тихо.
- Обратите внимание на общую обстановку (Мать выглядит счастливой/довольной? Есть ли бутылки, соски в комнате? Ведется ли карта кормления грудью?).
- Наблюдайте в общем за разговором участника группы и матери. Обратите внимание: Кто больше всего говорит? Использует ли участник больше открытых вопросов? Говорит ли мать свободно, нравится ли ей общение?
- Обратите внимание на использование участником навыков консультирования «Слушать и узнавать».
- Отметьте галочкой в форме перечня навыков «слушать и узнавать» те навыки, которые были использованы участником, для того чтобы вспомнить во время дискуссии. Обратите внимание на использование невербального общения.

Литература:

1. Кормление младенцев и детей. Интегрированный курс. Тренинговый модуль. ВОЗ, 2006

Проблемы при кормлении грудью: Мать

Слайд 1. Сложности у матери, которые возникают при кормлении грудью

- Сложность найти удобное положение для кормления
- Начало грудного вскармливания после кесарева
- "Не хватает молока"
- Нагрубание
- Большие соски, плоские, втянутые соски
- Боль в сосках
- Грибковые (Candida) и бактериальные инфекции сосков
- Закупорка протоков, мастит
- Кровь в молоке

Прочитайте слайд. На нем перечислены проблемы, которые Вы рассмотрите во время данного занятия.

Слайд 2. Сложность в нахождении комфортного положения для кормления грудью (1)

Сложность в нахождении комфортного положения для кормления (1)



Матери часто жалуются на то, что кормление их утомляет, или на то, что во время кормления ребенок съезжает к кончику соска.

Важно, чтобы мать чувствовала себя комфортно во время кормления. Иногда молодой матери тяжело выбрать для себя удобное и устойчивое положение, в котором она могла бы отдохнуть во время кормления.

Слайд 3 Травма сосков из-за неправильного положения у груди

Травма сосков из-за неоптимального положения у груди



Болезненность сосков у женщин часто имеет место по причине неправильного прикладывания и положения ребенка у груди. Травмы сосков появляются тогда, когда ребенок съезжает к кончику соска. Появляются ссадины на кончике соска ближе к верхней или нижней кромке соска.

Часто женщинам советуют ограничить время пребывания ребенка у груди,

чтобы предотвратить болезненность сосков. Этот подход не эффективен, так как он не убирает причину болезненности. Матерям в послеродовом периоде нужна помощь в правильном прикладывании и расположении ребенка, а также в профилактике нагрубания груди.

Слайд 4. Сравните положение у груди (1)



- Мать на втором фото сидит в кресле, а мать на первом фото сидит на кровати, ее тело напряжено.
- У второй матери есть хорошая поддержка под спину и под локти. Она может расслабиться. Ребенок не съезжает с груди. Мать держит ребенка прижатым к своему телу, ребенок обращен лицом к матери. Следует отметить, что этот ребенок находится немного слишком высоко на груди, и поэтому «зарывается» лицом в грудь матери. Его можно было бы сдвинуть в направлении его ножек, тогда его подбородок бы прижался сильнее, а носик бы

освободился.

Покажите Слайд 5. Сложность в нахождении комфортного положения для кормления грудью (2)



На фото рука матери напряжена. Мать поддерживает голову ребенка ладонью. Тело ребенка не прижато к телу матери. Ребенок съезжает к кончику соска.

Слайд 6. Сравните положения (2)



Матери на фото 2 - удобно: ее тело и руки расслаблены. Ребенок лежит на теле матери, он глубоко захватил грудь и не съезжает к кончику соска. Грудь ребенка прижата к телу матери.

Слайд 7. Сложность в нахождении комфортного положения для кормления грудью (3)

Сложность в нахождении комфортного положения для кормления(3)



Мать опирается всем своим весом на локоть. Так ее рука, спина и шея быстро устанут. Она не может расслабиться в таком положении. В некоторых парах «мать-ребенок» ребенок в таком положении быстро съезжает к кончику соска.

Слайд 8. Сравните положение у груди (3)

Сравните (3)



Мать на фото 2 полностью лежит на боку, ее голова лежит на подушке. Она может расслабиться. Хотя она рукой поддерживает спину ребенка в этом положении. Есть несколько вариантов положений для кормления лежа. Тем не менее, в любом из них мать должна лежать без напряжения в шее, руке или спине.

Кормление грудью после кесарева сечения

Возможные проблемы:

- Отсроченный доступ к ребенку. Ограничение немедленного, непрерывного контакта «кожа к коже» после рождения
- Больше вероятности докармливания
- Боль после обширной полостной операции
- Ограничение движений и возможное физическое истощение матери мешает ей ухаживать за ребенком. Матери больно располагать ребенка для кормления
- Рефлексы и сосание новорожденного могут угнетаться полученными медикаментами. Препараты для анестезии / анальгезии отрицательно влияют на пищевое поведение новорожденного в течение нескольких дней после рождения (Riordan, Gross et al., 2000).
- Мать или ребенок нуждаются в медицинском внимании, что, возможно, подразумевает разделение и возможное кормление смесями.
- Затрудненная секреция молока из-за медикаментов.

(The Royal Women's Hospital. Breastfeeding: Best Practice Guidelines 2004)

Слайд 9. Грудное вскармливание после кесарева сечения

Грудное вскармливание после кесарева сечения

- Ободрите мать и объясните, что она сможет кормить грудью своего ребенка
- Пропишите препараты, совместимые с грудным вскармливанием. Обеспечьте адекватное обезболивание
- Привлекайте ее семью помогать.
- Стремитесь к как можно более раннему контакту кожа к коже и началу грудного вскармливания.
- Практически помогите с прикладыванием и положением ребенка у груди
- Обучите мать как разбудить сонного ребенка
- Помогите и обучайте матерей сцеживать молоко, если их дети не могут сами сосать грудь сразу после рождения
- Avoid the use of bottles and teats when giving babies expressed breastmilk or formula (if medically indicated).

The Royal Women's Hospital, Brisbane editing: Basic Practice Guide Issue 2004

J.Riordan. 2004)

Согласно литературе кесарево сечение влияет на успех грудного вскармливания, так как оно препятствует своевременному началу грудного вскармливания и установлению лактации, но оно не мешает продолжению грудного вскармливания. Готовность матери кормить грудью играет значительную роль, несмотря на неожиданный исход родов. Более решительный настрой матери на грудное вскармливание, независимо от способа родоразрешения, способствует увеличению длительности грудного вскармливания. (Janke, 1988), (Breastfeeding and Human Lactation.

Слайд 10. Контакт «кожа к коже» при операции кесаревого сечения

Контакт кожа к коже при операции кесаревого сечения



Время: 11.32 Время: 11.37

Photo courtesy Mellen pol Sky maternity

После кесарева сечения возможно организовать контакт ребенка и матери «кожа к коже». Если кесарево сечение проводится под общей анестезией, контакт «кожа к коже» проводится с отцом ребенка или с другим членом семьи, которого выберет мать.

Слайд 11 Кормление грудью в операционной

Кормление грудью в операционной



Photo courtesy prof. A.Shan dhuk

На слайде показано, как начать грудное вскармливание (первое прикладывание к груди) после кесарева сечения, которое проводилось под региональной анестезией.

Слайд 12. «Не хватает молока»

"Не хватает молока"

- Это одна из самых распространенных причин отказа от грудного вскармливания
- Чаще всего, когда мама **думает**, что у нее мало молока, ее ребенок получает все, что необходимо
- Иногда ребенок **действительно** не получает необходимое количество молока. Но это редко происходит из-за того, что мать действительно не может произвести столько молока, сколько нужно. Обычно же причина в неэффективном сосании ребенка

WHO/DOCS 10

Молодых матерей часто с первых дней беспокоит достаточно ли у них молока для ребенка. Их мысли заняты ребенком, и они говорят/жалуются на то, что ребенок все время голоден и что они (матери) вырабатывают недостаточно молока для удовлетворения пищевых потребностей новорожденного.

Слайд 13. Почему молозива должно быть мало?

Почему молозива должно быть мало?

- Маленький объем дает время незрелым почкам новорожденного адаптироваться
- Меньше лактозы и жира в молозиве – возможность адаптироваться пищеварительной системе.
- Ребенок может «отработать» прикладывание и сосание на мягкой, податливой груди
- Нет стресса от быстрого потока молока: молозиво густое и выделяется медленно, поэтому его легко глотать
- Высокая концентрация антител, антиинфекционных факторов, факторов роста, антиоксидантов: защита ребенка в новой среде обитания

Этот слайд взят из занятия «Как работает грудное вскармливание». Здесь нужно напомнить, почему молозиво вырабатывается в малом количестве.

Молозиво содержит питательные вещества, витамины, факторы роста и антиинфекционные факторы в высоких концентрациях.

Слайд 14. В чем разница?

В чем разница?



WHO

У женщины на Фото 1 – грудь наполнена, но нагрубания нет.

- Прошло несколько дней после родов, и у матери «прибыло» молоко. Ее грудь горячая на ощупь, тяжелая и твердая.
- Однако, у женщины хороший отток молока. Видно, что молоко капает из груди.
- Это – нормальная наполненность груди. Иногда полная грудь на ощупь довольно плотная.
- Единственное решение, необходимое этой женщине – часто кормить ребенка грудью, чтобы улучшить отток молока.
- Тяжесть, твердость и плотность груди

нагрубания груди. Поощряйте матерей пить по жажде³.

Слайд демонстрирует результаты исследования, проводившегося в Москве⁴. Ограничение потребления жидкости с целью профилактики лактостаза у матерей в послеродовом периоде было неэффективным как у женщин, кормивших по требованию, так и у тех, кто кормил по расписанию. Матери, пребывающие в роддоме отдельно от детей (детей носили на кормление каждые три часа, кроме ночи) больше страдали от лактостазов и их дети хуже набирали вес.

Слайд 17. Смягчение ареолы давлением по Джин Коттермен



Чрезмерное введение в родах жидкости внутривенно может привести к отеку груди в послеродовом периоде. Метод сжатия ареолы может восстановить форму груди / соска, так что новорожденный сможет взять грудь. (Riordan, 2005)

Метод смягчения давлением был разработан консультантом по лактации Джин Коттерман (Jean Cotterman). Эта простая манипуляция показала свою эффективность в первые 14 дней после родов. При смягчении давлением применяется легкое положительное давление, чтобы смягчить 3-5 см ареолы,

окружающей основание соска, и временно отвести отек от соска и ареолы. Ребенку легче взять более мягкую ареолу.

Когда отек становится заметным, объем внутритканевой жидкости уже увеличен на 30% от нормального. Сосково-ареолярный комплекс становится менее эластичным и ребенку сложно глубоко захватить грудь. Молоко плохо выделяется. Раннее упреждающее использование метода смягчения давлением не вредит, и улучшает оттока молока, способствует снижению травм сосков, а также помогает снять нагрубание.

Мать может использовать метод смягчения обратным давлением самостоятельно, или медицинский работник может делать это с разрешения матери.

- После того, как пальцы убраны с ареолы, на ней можно увидеть «ямочки» или «углубления», но отек опять заполнит углубления вскоре после ослабления давления, поэтому смягчение давлением делают непосредственно перед кормлением или сцеживанием.
- Чтобы увеличить «окно», когда ареола эластична (отечность еще не вернулась) и дать ребенку больше времени для прикладывания, мать с сильными отеками может улечься на спину для того, чтобы сделать смягчение давлением.
- Надавливать надо уверенно, но аккуратно. Пальцы должны давить на ареолу у основания соска.
- Следует отметить, что давление не должно причинять боль. Избегайте дискомфорта - применяя более слабое давление более длительными интервалами.
- Давить следует вовнутрь в направлении к грудной клетке, в течение 60 секунд или дольше (2-3 минуты или дольше, если необходимо. Это время можно использовать для инструктирования матери). Можно использовать любую комбинацию пальцев (А, В или С) из показанных на слайде.
- Матерям удобнее использовать метод А.
- Метод одной руки (С) удобен, если вторая рука занята, например, держит ребенка.
- Медработникам и матерям с длинными ногтями может быть удобнее использовать метод прямых пальцев (В).

Болезненный массаж и насильственные манипуляции с грудью могут повредить чувствительные ткани молочной железы, и их следует избегать.

³ N.Morbacher, J.Stock, Breastfeeding Answer Book, 1999.

⁴ Water schedule of a feeding mother during first postnatal days E.M.Fateeva, E.V.Telesheva, M.V.Gmoshinskaya. // Vopr. detskoj dietologii 2003 v.1, №4, p.13-15

Слайд 18. Профилактика и лечение нагрубания: не давайте груди «отдыхать»

**Профилактика и лечение нагрубания:
не давайте груди «отдыхать»**

- Если ребенок может сосать:
 - Чем больше кормлений, тем лучше. Надо использовать разные положения для кормления и смягчать ареолу перед прикладыванием.
- Если ребенок не может сосать:
 - Надо регулярно сцеживать молоко руками или молокоотсосом
- Перед кормлением стимулируйте рефлекс окситоцина:
 - теплый душ или теплый компресс
 - массаж спины и шеи
 - легкий, неболезненный массаж груди
 - используйте смягчение ареолы давлением
 - стимуляция кожи соска
 - расслабление
- После кормления для уменьшения отечности:
 - холодный компресс на молочные железы

Поддержите мать. Объясните, что вскоре ей опять будет комфортно кормить. Окажите практическую помощь с прикладыванием ребенка к груди

Грудное вскармливание должно начаться в первые полчаса после рождения ребенка, когда новорожденный находится в контакте «кожа к коже» с матерью.

После этого новорожденного кормят грудью как минимум 8-12 раз в сутки.

Частое грудное вскармливание с первого дня необходимо для профилактики нагрубания груди.

Регулярное сцеживание молока должно начаться как можно раньше после родов. Это также может расцениваться как профилактика нагрубания. Просмотрите рекомендации, как стимулировать

окситоциновый рефлекс у матери.

Следует отметить, что холодные компрессы между кормлениями помогают уменьшить отечность. Матери традиционно прикладывают вымытые холодной водой капустные листья. Также можно использовать пакеты со льдом, завернутые в полотенце.

Тепло используется перед кормлением, если нет отечности, для того, чтобы улучшить отток молока.

Слайд 19.



расположить ребенка у груди и приложить его к груди.

На этой фотографии представлены болезненные соски по причине неправильного расположения ребенка у груди (из-за неглубокого захвата соска, так как ребенка держали слишком далеко от тела матери). Грудь наполнена, и эта наполненность может стать причиной еще более неглубокого захвата (ребенок соскальзывает на кончик соска).

Чтобы помочь матери, медработник должен дать ей рекомендации по профилактике нагрубания груди и обучить ее, как смягчить грудь обратным давлением перед кормлением. Медработник должен понаблюдать за кормлением и помочь матери правильно

Слайд 20.

На фото 1.



- Сосок выглядит плоским.
- Врач сказал матери, что ее ребенок не сможет его сосать. Мать утратила уверенность в своей способности успешно кормить ребенка грудью.
- Однако, следует помнить что ребенок сосет не из соска. Он берет в рот сосок и ткань груди под ареолой, формируя «соску».

- На фото 2 мать проверяет эластичность ареолы. Она смотрит, легко ли вытянуть ткань под соском. Сосок вполне способен вытягиваться, и ребенку будет легко вытянуть его, чтобы сформировать «соску». Ребенок будет без труда сосать из этой груди.
- Способность соска выдвигаться более важна, чем форма соска.
- Способность соска выдвигаться улучшается во время беременности или в первую неделю после рождения ребенка за счет изменений, происходящих. Следовательно, даже если соски женщины в начале беременности выглядят плоскими, ребенок может сосать грудь без труда.

Слайд 21.



На слайде:

- Сосок втянут.
- Если эта женщина попытается, способен ли ее сосок к выпячиванию, он уйдет вовнутрь вместо того, чтобы высунуться наружу.
- На груди женщины виден шрам. У этой матери был абсcess груди. Возможно, это произошло потому, что ребенок был неправильно приложен к груди и неэффективно высасывал молоко. Если бы матери была оказана квалифицированная помощь, она могла бы успешно кормить ребенка грудью.

Слайд 22. Помощь матери с плоскими и втянутыми сосками

Помощь матерям с плоскими и втянутыми сосками

До родов

- Антенатальные процедуры по «вытягиванию» сосков неэффективны
- Ободрите мать, что она сможет кормить грудью

После рождения ребенка

- Помогите матери расположить ребенка у груди и приложить его
- Много контакта кожа к коже
- Если ребенок не может эффективно сосать в первые 1-2 недели, помогите его матери сцеживать молоко и кормить им ребенка.

• Антенатальное лечение (например, вытягивание сосков) вероятно, неэффективно. Состояние большинства сосков улучшается по мере приближения родов без процедур из-за изменений, происходящих во время беременности. Помощь наиболее необходима вскоре после родов, когда ребенок начинает грудное вскармливание.

• Важно воспитать в матери уверенность. Объясните, что терпение и настойчивость приведут ее к успеху. Объясните, что ее грудь смягчится через неделю или две после родов, и что ребенок сосет молоко из груди, а не из соска. Поощряйте мать к длительным контактам «кожа к коже» с

младенцем.

- Обучите мать технике смягчения обратным давлением перед прикладыванием ребенка к груди, особенно если грудь наполнена. Так ареола станет мягче, и ребенку будет легче взять грудь.
- Если ребенок не может правильно взять грудь самостоятельно, помогите матери расположить ребенка так, чтобы ему было легче приложиться к груди. Такую помощь необходимо оказать матери рано, в первый день, до того, как у нее «прибудет» молоко и грудь наполнится. Иногда смена положения у груди помогает ребенку приложиться к груди, например, положение из-под руки.
- Если ребенок не может эффективно сосать грудь в первую неделю или две, помогите матери попытаться сцедить молоко и накормит ребенка из чашки. Сцеживание молока также поможет смягчить грудь, так что ребенку будет легче взять грудь. Сцеживание молока также способствует поддержанию запаса молока. Мать не должна использовать бутылку, так как это мешает ребенку брать грудь. Подчеркните, что когда у матери втянутые или плоские соски, бутылки и пустышки могут работать, как мотивация к кормлению ребенка. Этого следует всячески избегать.

Слайд 23 Используйте обратную сторону шприца для вытягивания втянутых сосков



Если ребенок не может приложиться к груди с втянутыми сосками, несмотря на вышеописанные меры, можно использовать шприц для вытягивания соска непосредственно перед прикладыванием ребенка к груди.

Этот метод подходит для устранения проблемы втянутых сосков после родов. Дородовое использование этого метода неэффективно и может быть опасно.

Для вытягивания соском используется шприц на 20 мл. Конеч цилиндр, где находится игла, отрезается. Затем (техника применения шприца):

- Вложите поршень в отрезанный конец цилиндра.

- Наложите скругленный (безопасный) конец цилиндра на сосок. Тяните за поршень, чтобы вытянуть сосок.
- Сосок втянется в шприц.
- Мать должна самостоятельно пользоваться шприцем.

Медработникам следует научить мать и, при необходимости, оказать ей всяческую помощь.:

- Накладывать скругленный конец шприца на сосок, как вы показывали
- Аккуратно вытягивать поршень, чтобы поддерживать стабильное, но мягкое давление. Это нужно делать в течение 30 секунд – 1 минуты, несколько раз в день.
- Чтобы уменьшить давление, следует толкнуть поршень назад, если женщине больно. Это защитит кожу соска и ареолу от повреждений.
- Толкните поршень обратно, чтобы уменьшить давление, когда она отнимет шприц от груди.
- Используйте шприц, чтобы выпятить сосок непосредственно перед прикладыванием ребенка к груди.

Слайд 24 Крупные соски



У большинства детей не возникает проблем с крупными сосками. Однако, если ребенок маленький или слабый и у него маленький рот, ему может быть сложно получать молоко. Такие пары «мать-ребенок» нуждаются в квалифицированной помощи с положением и прикладыванием к груди.

Если ребенок не может приложиться к груди, несмотря на правильное расположение, и не может высасывать молоко, мать должна какое-то время сцеживать молоко и

кормить ребенка из чашки. Через какое-то время ребенок подрастет и сможет кормиться непосредственно из груди матери.

Слайд 25. Техника прикладывания Ребекки Гловер (Rebecca Glover)



Этот слайд-анимация демонстрирует технику прикладывания ребенка к груди, разработанную австралийской акушеркой и консультантом по грудному вскармливанию Ребеккой Гловер. Эта техника может быть очень полезной и ценной, если мать испытывает трудности с прикладыванием ребенка к груди.

Покажите Слайд 26. Молочница сосков



На фотографии показана грудь матери, которая безболезненно кормила грудью в течение 3 недель. Затем ее соски стали болеть и чесаться. Боль усиливалась к концу кормления и продолжалась между кормлениями.

- Нет очевидной травмы соска по причине неправильного расположения у груди
- Кожа на соске и ареоле покраснела и блестит.

Это инфекция грибами рода *Candida*, или молочница, в результате которой, кожа может болеть и чесаться. Кандидоз часто является следствием использования антибиотиков для лечения мастита или

другой инфекции. Симптомы кандидоза таковы:

- Некоторые матери сообщают о жжении или жалящей боли, которая не прекращается по окончании кормления. Иногда боль отдает глубоко в грудь. Мать может сказать, что ощущения такие, будто в грудь загоняют иголки.
- Кожа может быть красной, блестящей и шелушащейся. Сосок и ареола могут утратить пигментацию. Иногда сосок выглядит как обычно.
- Если болезненность сосков не исчезает, даже если ребенок правильно приложен к груди, следует заподозрить кандидоз. Проверьте, есть ли молочница у ребенка. У него могут быть белые пятна на внутренней стороне щек или на языке, или сыпь на ягодицах.

Покажите Слайд 27. Кандидоз соска



Фотография на слайде демонстрирует кандидоз сосков.

Согласно исследованиям, кандидоз (грибковая инфекция) молочной железы может быть значительным фактором преждевременного отлучения от груди. (Morrill JF, Heinig MJ, Pappagianis D, Dewey KG. Risk factors for mammary candidosis among lactating women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005; 34(1):37-45)

Лечение кандидоза груди

- Лечите мать и ребенка нистатином.
- Посоветуйте матери прекратить использование пустышек. Помогите ей отказаться от использования сосок и накладок на грудь. Если мать их использует, их необходимо ежедневно кипятить в течение 20 минут и еженедельно менять.
- ВИЧ-инфицированным женщинам особенно важно немедленно лечить кандидоз сосков и кандидоз ротовой полости у ребенка.

Дозировка для лечения нистатином:

- Нистатиновая мазь 100 000 МЕ/г: Наносите на соски 4 раза в день после кормления грудью. Продолжайте обработку сосков мазью в течение 7 дней после заживления поражений.
- Суспензия нистатина 100 000 МЕ/мл: Наносите пипеткой 1 мл на/в рот ребенка 4 раза в день после кормления грудью в течение 7 дней или столько же, сколько продолжается лечение матери.
- Откажитесь от использования пустышек, сосок и накладок на грудь.

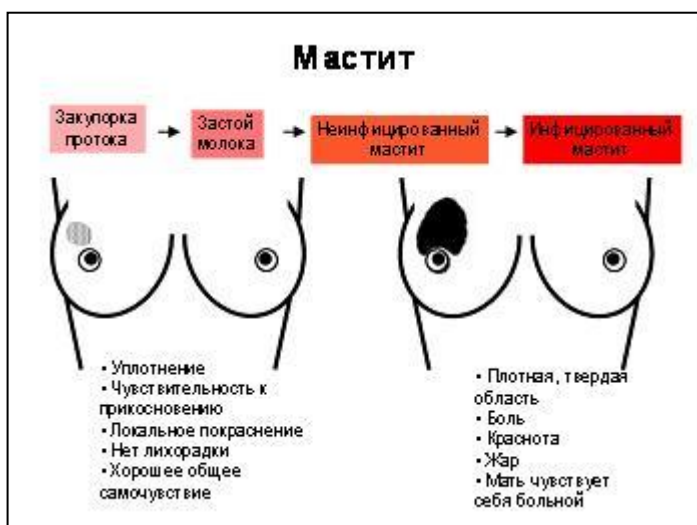
Слайд 28.



На фотографии часть груди выглядит красной и напухшей. На кончике соска имеется трещина. Сосок выглядит инфицированным. Это мастит.

- У женщины сильная боль, лихорадка и она себя плохо чувствует. Часть груди напухла и отвердела, кожа покраснела.
- Иногда мастит путают с нагрубанием.
- Однако, нагрубание поражает всю грудь, а часто – обе. Мастит же поражает часть груди, обычно на одной груди.
- Мастит может образоваться из нагрубания груди или развиться из закупоренных млечных протоков.

Слайд 29. Мастит



На этом слайде показано, как из закупоренного млечного протока развивается мастит.

- Закупорка млечного протока возникает тогда, когда из части груди не удаляется молоко. Иногда это происходит потому, что протоки в этой части груди закупорены загустевшим молоком.
- Симптомы этого состояния такие: болезненная опухоль, часто с покраснением кожи вокруг. У женщины нет лихорадки, и она хорошо себя чувствует.
- Когда в части груди остается молоко из-за закупорки протока или из-за нагрубания груди, это называется

лактостаз. Если молоко не выводится из груди, это может вызвать воспаление тканей груди, которое называется неинфекционный мастит.

- Иногда грудь инфицируется бактериями. Это называется инфекционный мастит.
- Инфекционный мастит невозможно отличить от неинфекционного только по симптомам. Однако, если все симптомы тяжелые, скорее всего, женщину придется лечить антибиотиками (совместимыми с грудным вскармливанием)

Слайд 30. Причины закупорки млечных протоков и мастита

Причины закупорки протоков и мастита

Плохое опорожнение всей груди:

- редкие кормления
- короткие по времени кормления

Плохое опорожнение части груди:

- неэффективное сосание
- давление одежды
- давление пальцев во время кормления

Внимательно изучите Слайд 30. На нем перечислены причины закупорки протоков и мастита.

Покажите Слайд 31 Закупорка млечных протоков и мастит: лечение

Закупорка протока и мастит: лечение

- Самое главное — улучшить отток молока
- Найти причину и устранить
- Предложите:
 - частые кормления
 - разные позиции для кормления.
 - аккуратный массаж во время кормления по направлению к соску
 - теплые компрессы перед кормлением, чтобы улучшить отток молока
 - холодные компрессы после кормлений чтобы уменьшить боль и отек
- Антибиотики, анальгетики (при мастите), отдых
- Достаточное питье!

Infant and young child feeding counselling curriculum course, WHO 2008
ABMCHW Protocol 46: Mastitis BREASTFEEDING MEDICINE Volume 3, Number 3, 2008

Самая важная часть лечения – улучшить дренаж молока из пораженной части груди. Распознайте причину плохого дренажа и устраните ее.

Некоторые рекомендации для матерей:

- Кормите грудью часто. Подчеркните, что отдых необходим для матери с маститом или закупоренными млечными протоками, но не для ее груди. Лучше всего лечь в кровать и отдохнуть вместе с ребенком, чтобы мать могла реагировать на него и кормить тогда, когда он потребует. Мать должна постараться не выполнять домашнюю работу и не гулять с ребенком на улице, если у нее – застой молока или мастит. Поэтому следует

отдыхать и кормить ребенка грудью как можно чаще.

- Мать не должна ограничивать потребление жидкости. Как было показано ранее, эта практика не влияет на количество молока и может ухудшить состояние матери.
- Аккуратно массируйте грудь, пока ребенок сосет. Покажите матери, как массировать закупоренную область вниз по направлению к соску. Это помогает вывести закупорку из протока. Мать может заметить, что с молоком выходят кусочки густого вещества. Ребенок может это глотать, это безопасно.
- Прикладывайте к груди теплые компрессы перед кормлением, чтобы стимулировать окситоциновый рефлекс, и холодные компрессы между кормлениями, чтобы уменьшить боль, отек и воспаление. Холодные компрессы следует накладывать на грудь не дольше, чем на 20 минут.
- Иногда можно начинать кормление с неповрежденной груди. Это может помочь, если боль мешает работе окситоцинового рефлекса. После того, как рефлекс начнет работать, дайте ребенку поврежденную грудь. Попробуйте кормить ребенка в различных положениях. Ребенок может наиболее эффективно высасывать молоко из участка груди с лактостазом, если его подбородок направлен на этот участок. Например, кормление в положении из-под руки.

• Иногда женщина не хочет кормить ребенка из пораженной груди, особенно если это причиняет ей боль. В такой ситуации она должна регулярно сцеживать молоко. Если молоко остается в груди, это увеличивает вероятность развития абсцесса.

• Обычно закупоренные млечные протоки или мастит исчезают через день после улучшения дренажа из этой части груди.

Однако, мать нуждается в дополнительном лечении, если у нее имеются: тяжелые симптомы во время первичного осмотра или трещина, через которую могут попасть бактерии, или если у нее не наблюдается улучшений через 24 часа после улучшения дренажа.

Лечение инфекционного мастита антибиотиками (ВОЗ, Консультирование по вопросам кормления младенцев и детей раннего возраста: Интегрированный курс)

Наиболее часто выявляемый возбудитель при абсцессе груди – золотистый стафилококк. Поэтому инфекции груди необходимо лечить пенициллиназа-резистентным антибиотиком, например, флуклоксациллином или эритромицином. **Мать не должна прекращать грудное вскармливание во время лечения антибиотиками!**

Инструкции по дозировке

Флуклоксациллин 250 мг орально каждые 6 часов в течение 7-10 дней.

Принимать как минимум за 30 минут до еды.

Эритромицин 250-500 мг орально каждые 6 часов в течение 7-10 дней.

Принимать через 2 часа после еды

Слайд 32. Кровь в молоке

Кровь в молоке

- Травма сосков
- "Синдром ржавых труб"
- Папиллома в протоке

Если выделение крови не проходит самостоятельно или возобновляется

- Цитологическое исследование
- Маммография
- Ультразвук

Нет вреда для ребенка

J. Auerbach, K. Auerbach: Breastfeeding and Human Lactation 2004
R. Lawrence: Breastfeeding: a guide for medical professionals 5th ed 2005

Матерей и медработников часто беспокоит, когда они обнаруживают кровь в сцеженном грудном молоке, в срыгиваемом молоке или в стуле ребенка. Однако это частое явление, особенно у первородящих женщин.

Самая распространенная причина появления крови в грудном молоке – поврежденный сосок. Травмированные ткани соска кровят при стрессе (например, когда здоровый ребенок активно сосет).

Кровь или серозные выделения в молоке во время лактации появляются по нескольким причинам, связанным с лактацией, например, трещины сосков,

мастит, травма или васкулярное нагрубание (10). Эти состояния болезненны и могут быть односторонними или двусторонними. В таких случаях диагноз очевиден при клиническом осмотре.

Явная кровь в молоке может также появляться вследствие синдрома «ржавых труб». Это безболезненное состояние, которое может пройти незамеченным, пока мать не сцедит молоко или пока ребенка не вырвет кровью, положительной на взрослый гемоглобин. Кровянистые выделения из груди обычно бывают двусторонними, но вначале могут быть и односторонними. В большинстве случаев это явление имеет место сразу после рождения ребенка или в начале грудного вскармливания, но иногда и во время беременности. Это вызвано повышенной васкуляризацией быстро развивающихся альвеол с чувствительной сетью капиллярных сосудов, которые легко травмируются, и в результате кровь попадает в секрет молочной железы. Это часто бывает у первородящих женщин и обычно связано с упражнениями для сосков, например, процедура Хофмана, которую часто рекомендуют при плоских или втянутых сосках. Синдром ржавых труб – это состояние, которое исчезает самостоятельно, в большинстве случаев к 3 – 7 дню лактации. Необходимо прекратить манипуляции с сосками. Если ребенок переносит молоко, грудное вскармливание в этот период можно продолжать. Если кровотечение продолжается неделю и дольше или возобновляется, следует провести анализ выделений.

Наличие крови в молоке во время беременности и грудного вскармливания может также быть обусловлено некоторыми заболеваниями, например, папилломой млечных протоков и кистозно-фиброзной мастопатией. Папиллома млечных протоков – это наиболее распространенная причина кровянистых выделений из сосков у женщин. При кистозно-фиброзной мастопатии образуются бугристые участки и есть боль в области молочной железы. Это заболевание распространено у женщин детородного возраста и является доброкачественным образованием.

Если ребенок проглотит небольшое количество материнской крови, это не причинит ему никакого вреда. **Грудное вскармливание нужно продолжать.**

Литература:

12. A. Kendall-Tackett <http://www.pregnancy.org/question/help-there-blood-my-milk>
13. ABM Clinical Protocol #4: Mastitis BREASTFEEDING MEDICINE Volume 3, Number 3, 2008
14. Cotterman K. Reverse pressure softening: a simple tool for easier latching during engorgement. J Hum Lact 20(2): 2004.
15. Dearlove JC, Dearlove BM. Prolactin, fluid balance and lactation. Br J Obstet Gynaecol. 1981 Jun;88(6):652-4
16. Dusdieker LB et al. 1985 Effect of supplemental fluids on human milk production. Journal of Paediatrics 106: 207-211
17. Fateeva EM, Telesheva EV, Gmoshinskaya MV. Water schedule of a feeding mother during first postnatal days // Vopr. detskoj dietologii 2003 v.1, №4, p.13-15
18. Horowitz M et al. Effect of modification of fluid intake in the puerperium on serum prolactin levels and lactation. Med J Aust. 1980 Nov 29;2(11):625-6
19. <http://rebeccaglover.com.au/>
20. Illingworth RS, Kilpatrick B 1953 Lactation and fluid intake Lancet ii: 1175-1177
21. J.Riordan Breastfeeding and Human Lactation. 3rd ed., 2005
22. Morrill JF, Heinig MJ, Pappagianis D, Dewey KG. Risk factors for mammary candidosis among lactating women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2005; 34(1):37-45
23. N.Morbacher, J.Stock Breastfeeding Answer Book 1999
24. R Lawrence, R Lawrence. Breastfeeding. A guide for the medical profession 6th ed. 2005
25. Smith MK, New Perspectives on Engorgement, LEAVEN, Vol.35 No.6, pp. 134-36
26. Smith MK, New Perspectives on Engorgement, LEAVEN, Vol.35 No.6, pp. 134-36
27. The Royal Women's Hospital. Breastfeeding: Best Practice Guidelines 2004
28. Verinderjit S. Viridi, Jatinder S. Goraya, Alka Khadwal. Rusty-Pipe Syndrome Indian Pediatrics 2001; 38: 931-932
29. WHO. Infant and Young Child Feeding Counselling: An Integrated Course. Trainer's Guide 2006

Распространенные проблемы при грудном вскармливании: ребенок

Иногда у матери и ребенка возникают проблемы с кормлением грудью, несмотря на правильную технику кормления у матери. Поведение ребенка (например, сонливость) или анатомические особенности (например, короткая уздечка языка) могут помешать установлению успешного грудного вскармливания. Медицинские работники должны знать пути преодоления трудностей, связанных с ребенком, чтобы помочь дуэту «молодая мать – ребенок».

Слайд 2. Темы занятия

- Сонный ребенок
- Желтуха
- Короткая подъязычная уздечка
- Ребенок, который часто плачет
- Ребенок, который «отказывается» от груди
- Ребенок, который не получает достаточно молока

Слайд 3. Как разбудить сонного ребенка

Как помочь сонному ребенку проснуться для кормления

- Приглушить свет в комнате
- Раздеть ребенка и поместить его в контакт кожа к коже
- Взять ребенка «столбиком»
- Мягко покачать ребенка с боку на бок
- Нежно помассировать ладони, стопы и спинку ребенка.
- Сцедить руками несколько капель молозива или молока на губы ребенка

Важно! Для того, чтобы ребенок набирал вес и чтобы у матери вырабатывалось молоко, необходимо как минимум 8 – 12 кормлений в течение суток.

Для того, чтобы выявить причину сонливости ребенка необходимо оценить окружение ребенка и обратить внимание на историю родов матери, состояние здоровья ребенка, а также на то, когда ребенок стал сонливым.

Факторы, способствующие сонливости ребенка:

- **Стресс** после тяжелых родов
- Некоторые **обезболивающие препараты**, которые мать получала в родах
- **Жесткий** график кормления, который ограничивает кормления или по которому ребенка кормят реже, чем раз в три часа. Это может привести к **гипогликемии**, что, в свою очередь, вызовет сонливость у ребенка.
- У **недоношенных детей** часто отсутствует координация «сосание – глотание». Это может вызвать у ребенка чувство разочарования, и он «бросит работу» и просто уснет.
- Также сонливость может объясняться **желтухой**. Если у ребенка желтуха, напомните матери о важности частых кормлений. Слабительный эффект молозива будет способствовать более частому

стулу у ребенка и более быстрому выведению мекония из организма. По мере выведения мекония ребенок должен стать более активным.

- Ребенок, которого **докармливают**, может быть сытым и сонным к моменту грудного кормления.
- Постоянное **пеленание** ребенка.
- Если ребенок стал больше спать на третий или четвертый день жизни, это может быть связано с **прибытием зрелого молока у матери**. Увеличенное количество материнского молока может пресытить новорожденного и вызвать у него сонливость. Ребенку необходимо время, чтобы приспособиться к большому количеству и сильному потоку молока у матери.

Слайд 4. Желтуха, рекомендации по кормлению

Желтуха, рекомендации по кормлению

- Продолжайте грудное вскармливание даже когда ребенку требуется фототерапия
- Вынимайте ребенка из-под лампы для кормлений
- Поставьте инкубатор в палате матери, рядом с ее кроватью, чтобы она продолжала заботиться о ребенке
- Допаивание водой не помогает, поскольку для того, чтобы билирубин выводился, он должен связываться с белком
- Если ребенок не может эффективно сосать грудь или ему требуется дополнительная жидкость во время пребывания под лампой, первым и лучшим выбором будет начать сцеживать грудное молоко и давать его ребенку в дополнение к кормлениями непосредственно из груди.

The Royal Women's Hospital, Brisbane editing: Baby Friendly Guide line 2004

- Желтуха бывает у большинства новорожденных детей.
- В большинстве случаев желтуха является физиологической, но из-за потенциальной токсичности билирубина новорожденные нуждаются в мониторинге с целью выявления тех детей, у которых может развиваться тяжелая билирубинемия и, в редких случаях, острая билирубиновая энцефалопатия или ядерная желтуха.
- Мать необходимо поддержать и дать надлежащие рекомендации по грудному вскармливанию.
- Раннее начало грудного вскармливания и частое кормление новорожденных

детей очень важно, так как это снижает вероятность значительной последующей гипербилирубинемии у детей на грудном вскармливании.

- Недостаточное потребление калорий и/или дегидратация, связанные с неадекватным кормлением грудью, могут привести к развитию гипербилирубинемии.
- Допаивание водой или глюкозой не рекомендуется. Исследования показали, что чем больше воды ребенок получает в первые дни жизни, тем выше его уровень билирубина.
- Молозиво и грудное молоко обладают слабительным эффектом и содержат воду, необходимую ребенку. Увеличение частоты грудных кормлений помогает снизить уровень билирубина.
- Дети с желтухой часто бывают более сонливыми, что затрудняет кормление. Обучите матерей, как разбудить сонного ребенка и посоветуйте им прикладывать ребенка к груди как минимум каждые полтора – три часа.
- Если ребенок нуждается в фототерапии, грудное вскармливание необходимо продолжать. Детей, получающих фототерапию, нужно кормить орально; они не нуждаются во внутривенном введении жидкостей, если у них нет признаков обезвоживания (Boo & Lee, 2002).

Не нужно прерывать грудное вскармливание. Кормление грудным молоком должно продолжаться, пока ребенок находится на фототерапии в стационаре. Чем больше времени ребенок проведет под лампой, тем скорее снизится его уровень билирубина. В некоторых случаях, новорожденный может нуждаться в кормлении во время сеанса фототерапии. Если уровень билирубина достаточно высок и не снижается, ребенок может нуждаться в заменном переливании крови. В этом случае следует научить мать сцеживать грудное молоко и кормить им ребенка. Для большинства детей, получающих фототерапию, прерывание фототерапии на 30 минут каждые 2-3 часа не снижает значительно эффективность фототерапии.

Слайд 5. Желтуха и контакт «кожа к коже»

**Лечение желтухи, не прерывая
контакт кожа к коже**



Copyright © 2005 by Humana Press. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage and retrieval system, without permission in writing from Humana Press.

Фотография любезно предоставлена доктором Нильсом Бергманом (Dr. Nils Bergman).

На фото мать и медсестра нашли способ проведения фототерапии без прерывания контакта «кожа к коже». Контакт «кожа к коже» с матерью способствует скорейшему выздоровлению ребенка и грудному вскармливанию.

Слайд 6. Короткая уздечка языка.

Короткая уздечка языка(1)



Трехмесячный
ребенок, отлученный
от груди из-за
трудностей с грудным
вскармливанием

Ребенок с короткой уздечкой языка

Слайд 7. Короткая уздечка: проблемы.

Проблемы, которые могут возникнуть из-за короткой уздечки языка ребенка

Со стороны ребенка	Со стороны матери
• Трудно взять грудь или берет грудь, но соскальзывает, теряет ее. • Раздражается у груди или засыпает. • Очень длительные кормления • Недовольный ребенок • Жует или сдавливает деснами грудь • Плохо прибавляет в весе	• Травмированные соски несмотря на наличие признаков правильного прикладывания • Сильная, непроходящая боль во время кормления • Из-за боли плохо работает рефлекс отделения молока • Неполное опорожнение груди, • Лактостазы, маститы.

The Academy of Breastfeeding Medicine

Короткая уздечка языка ограничивает движения языка ребенка и приводит к таким изменениям в механизме сосания:

- Челюсть или десна ребенка не прикрывается языком и может непосредственно упираться в грудь и травмировать ее.
- Язык не может сжимать ткани ареолы.
- Язык не может сжимать наполненную грудь, в результате чего кормление становится долгим и неэффективным.
- Ребенок может заглатывать много воздуха.

В результате могут возникнуть проблемы, перечисленные на слайде. Прочитайте список проблем на слайде.

При наличии таких состояний следует осмотреть ребенка на предмет короткой уздечки в ходе общего осмотра.

Слайд 8. Короткая уздечка языка



Дети со значительно укороченной уздечкой, которая мешает кормлению грудью, начинают сосать намного эффективнее после подрезания уздечки языка.

Одно исследование показало, что подрезание уздечки языка облегчает болезненность сосков при кормлении сразу после операции.

Хотя подрезание уздечки языка и является простой процедурой, сопряженной с низким риском, она должна выполняться только подготовленным специалистом.

Слайд 9. Ребенок, который много плачет

Ребенок, который много плачет

- Дискомфорт (надо переодеть, жарко, холодно)
- Усталость (слишком много посетителей)
- Болезнь или боль (изменившийся характер крика)
- Голод (не получает достаточно молока или скачок роста)
- Что-то в питании матери, на что реагирует ребенок (может быть любая пища, иногда — коровье молоко)
- Лекарства, которые принимает мать, а также кофеин, сигареты и др.
- Колики
- Ребенок с «высокими запросами»

WHO: 2008 Infant and Young Child Feeding Counselling: An Integrated Course

Существует намного больше причин плача ребенка, чем просто недостаточное количество получаемого молока. Объясните матери следующее:

- Некоторые из этих причин могут быть для вас новыми, поэтому мы кратко их обсудим.

Вначале следует рассмотреть такие причины:

- Ребенок голоден, так как переживает сейчас скачок роста:

В такой ситуации ребенок кажется очень голодным в течение нескольких дней, возможно, потому что он растет быстрее обычного.

Он требует очень частых кормлений.

Это распространенное явление в возрасте 2-3 недели, 6 недель и 3 месяца, но может случиться и в любом возрасте.

Если ребенок будет часто сосать грудь в течение нескольких дней, секреция молока увеличится, и кормления снова станут реже.

- **Питание матери:** Иногда мать замечает, что ребенку не нравится, когда она ест определенные продукты. Это происходит потому, что вещества из продуктов попадают в грудное молоко. Это может быть с любыми продуктами, и нет конкретного списка продуктов, которых следует избегать матери, пока она сама не заметит проблему.

- **Колики:**

Некоторые дети много кричат без вышеописанных причин.

Иногда крик ребенка имеет очень явный характер. Ребенок беспрерывно кричит в определенное время суток, часто вечером.

Он может подтягивать ножки к животу, как будто у него болит живот.

Может казаться, что он хочет взять грудь, но его очень тяжело успокоить.

У детей, которые так плачут, может очень активно работать кишечник, или же у них могут быть «газы», но причина этому не ясна.

Это называется «колики».

Дети с коликами обычно хорошо развиваются, и меньше плачут к возрасту трех месяцев.

Как можно носить ребенка с коликами?



- а. Ребенка держат вдоль предплечья
- б. Ребенка держат вокруг живота на коленях
- в. Отец держит ребенка на груди

• Дети с «высокими потребностями»:

Некоторые дети плачут больше, чем другие, и их нужно больше носить на руках. В обществах, где матери носят детей с собой, детский плач – не такое распространенное явление, как в обществах, где матери оставляют детей лежать отдельно или укладывают спать в отдельные кроватки.

Слайд 10. Причины, почему дети отказываются от груди

**Причины, по которым дети
«отказываются» от груди**

- Ребенок болен, находится под воздействием лекарств (вызывающих сонливость), испытывает боль
- Трудности с техникой грудного вскармливания
- Изменения в жизни, которые расстраивают ребенка
- Кажущийся отказ

WHO: 2006 Infant and Young Child Feeding Counselling: An Integrated Course

Прочитайте информацию на слайде и перейдите к таблице ниже.

ПРИЧИНЫ ОТКАЗА ОТ ГРУДИ	
Болезнь, боль или действие седативных препаратов	Инфекция Повреждение головного мозга Боль от ссадины (вакуум, щипцы) Заложенный нос Боль во рту (молочница, прорезывание зубов)
Трудности соблюдения правильной техники кормления	Использование сосок и пустышек параллельно с кормлением грудью Ребенок получает недостаточно молока (напр., неправильное прикладывание) Давление на затылок ребенка во время расположения у груди Мать трясет грудью Ограничение длительности кормлений Трудности координирования сосания
Изменения, которые расстраивают ребенка	Отделение от матери (напр., если мать возвращается на работу, особенно в возрасте 3-12 месяцев) Новое лицо, ухаживающее за ребенком, или слишком большое количество таких лиц Изменения привычного семейного распорядка Болезнь матери Проблемы с грудью у матери, напр., мастит Менструация у матери Изменение запаха матери
Кажущийся (мнимый) отказ	Новорожденный – поисковое поведение В возрасте 4-8 месяцев – отвлекается В возрасте старше года – самостоятельное отлучение от груди

При оценке ребенка, отказывающегося от груди, вы должны задать себе следующие вопросы:
Возможно ли, что ребенок болен, у него что-либо болит или он находится под действием седативных препаратов?

Болезнь:

Ребенок может прикладываться к груди, но сосет меньше, чем раньше.

Боль:

Давление на ссадину от наложения щипцов или вакуум-экстрактора: Ребенок кричит и сопротивляется, когда мать пытается его накормить.

Заложенный нос:

Боль во рту (кандидоз (молочница)), прорезывание зубов у более старшего ребенка: Ребенок немного сосет грудь, затем прекращает сосать и кричит.

Действие седативных препаратов:

Ребенок может быть сонным из-за:

- препаратов, которые мать получала в родах;
- препаратов, которые она принимает для психиатрического лечения.

Есть ли трудности с соблюдением техники грудного вскармливания?

Иногда грудное вскармливание может стать неприятным ребенку, расстраивать его. Возможные причины:

- Кормление из бутылки или сосание соски (пустышки).
- Ребенок получает недостаточно молока из-за неправильного прикладывания.
- Мать или помощник давит на затылок ребенка, пытаясь расположить его у груди без соблюдения правильной техники. Давление провоцирует ребенка к сопротивлению.

- Мать держит грудь руками или трясет грудь, что мешает прикладыванию ребенка.
- Ограничение кормлений, например, кормление только в определенные часы.
- Ранние трудности координирования сосания. (Некоторым детям требуется больше времени на то, чтобы научиться эффективно сосать, чем другим).

Отказ только от одной груди:

Иногда ребенок отказывается от одной груди, но берет другую.

Не было ли каких-нибудь изменений, которые могли расстроить ребенка?

Дети очень чувствительны, и если они расстраиваются, они могут отказаться от кормлений грудью. Они могут не плакать, но просто отказываться сосать.

Это явление наиболее часто случается в возрасте ребенка от 3 до 12 месяцев. Ребенок вдруг отказывается от нескольких кормлений. Такое поведение иногда называется «забастовка грудничка».

Возможные причины:

- Отделение от матери, например, мать выходит на работу.
- Новое лицо, ухаживающее за ребенком, или слишком большое количество таких лиц.
- Изменения семейного распорядка – например, перестановка в доме, визиты родственников.
- Болезнь матери или инфекция груди.
- Изменение запаха матери, например, смена мыла, пищи, менструация у матери.

Может быть, это «мнимый» отказ?

Иногда ребенок ведет себя так, что мать думает, что он отказывается от груди, хотя на самом деле это не так.

- Когда новорожденный «ищет» грудь, он вертит головой по сторонам, будто хочет сказать «нет». Однако, такое поведение нормально.
- В возрасте от 4 до 8 месяцев ребенок легко отвлекается, например, если слышит шум. Он может резко прекратить сосать. Это признак того, что ребенок активен.
- В возрасте после 1 года ребенок может самостоятельно отлучиться от груди. Обычно это происходит постепенно.

Как справиться с отказом от груди:

Если ребенок отказывается от груди:

1. Лечите или устраните причину, если это возможно.
2. Помогите матери и ребенку вновь начать наслаждаться грудным вскармливанием.

Лечите или устраните причину, если это возможно

Заболевание:

Лечите инфекции необходимыми препаратами. Направьте на более высокий уровень помощи, если это необходимо.

Если ребенок не может сосать ему может потребоваться специальный уход в стационаре.

Помогите матери сцеживать молоко, чтобы кормить ребенка, пока она сможет вновь кормить его грудью.

Боль:

От ссадины: Помогите матери найти способ держать ребенка так, чтобы не давить на болезненное место.

При молочнице: лечите нистатином.

При прорезывании зубов: посоветуйте матери набраться терпения и продолжать предлагать ребенку грудь.

При заложенном носе: объясните матери, как очищать нос ребенка. Предложите матери сделать кормления короче и чаще обычного в течение нескольких дней.

Успокоительные:

Если мать регулярно принимает медицинские препараты, постарайтесь найти им альтернативу.

Технология грудного вскармливания:

Обсудите причину проблемы с матерью. Когда ребенок снова захочет взять грудь, вы можете помочь ей лучше овладеть техникой.

Изменения, которые могут расстраивать ребенка:

- Обсудите необходимость уменьшить время, когда ребенок отделен от матери.
- Предложите матери отказаться от смены мыла, духов или новых продуктов.

«Мнимый» отказ:

Если ребенок ищет грудь: Объясните, что это нормально. Мать может держать ребенка близко к своей груди, чтобы он мог найти сосок. Помогите матери прижать ребенка к себе так, чтобы ему было легче приложиться к груди.

Ребенок отвлекается:

Предложите матери попробовать какое-то время покормить ребенка в более спокойном месте. Эта проблема, как правило, проходит.

Если ребенок самостоятельно отлучился от груди:

Матери следует:

- убедиться в том, что ребенку достаточно еды с общего стола
- обеспечивать ребенку дополнительное внимание другими способами
- продолжать спать с ребенком, так как ночные кормления могут продолжаться.

Помогите матери и ребенку снова начать наслаждаться грудным вскармливанием

Это требует усилий. *Нельзя заставить ребенка сосать грудь.*

Матери необходимо помочь почувствовать счастье материнства и наслаждение от грудного вскармливания. Она и ребенок должны научиться вновь наслаждаться тесным контактом. Вы нужны матери, чтобы воспитать в ней уверенность и поддержать ее.

Помогите матери сделать следующее:

Держать ребенка все время рядом с собой.

- Она должна как можно больше времени ухаживать за ребенком самостоятельно.
- Попросите бабушек и других помощников помочь матери *в других делах*, например, в работе по дому или уходе за старшими детьми.
- Она должна часто брать ребенка на руки и класть его в контакт «кожа к коже» чаще, чем кормления
- Мать должна спать вместе с ребенком.
- Если мать работает, ей следует взять отпуск на работы или, при необходимости, больничный.
- Будет полезно обсудить ситуацию с отцом ребенка, дедушками и бабушками, другими людьми, которые смогут помочь.

Мать должна предлагать ребенку грудь всякий раз, когда он хочет сосать.

- Мать не должна спешить с возобновлением грудного вскармливания, но предлагать ребенку грудь всякий раз, когда он проявляет интерес.
- Ребенок может иметь большее желание сосать грудь, когда он сонный или после кормления из чашки, чем тогда, когда он очень голоден.
- Мать может предлагать ребенку грудь в различных положениях.
- Если мать чувствует, что у нее работает рефлекс выделения молока, она может предложить ребенку грудь.

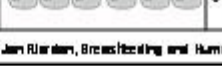
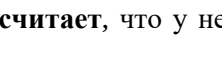
Ребенку можно помочь в грудном вскармливании так:

- Сцедить немного молока в рот ребенку.
- Правильно расположить ребенка, чтобы ему было легче приложиться к груди.
- Мать не должна давить на затылок ребенку или трясти грудь.

Кормите ребенка из чашечки, пока грудное вскармливание не восстановится.

- Мать может сцеживать молоко и кормить ребенка из чашечки (или из чашечки с ложкой). При необходимости, используйте смеси и кормите ими из чашки.
- Мать должна избегать использования любых бутылочек, сосок и пустышек.

Слайд 11. Ожидаемое потребление молока

Ожидаемое суточное потребление молока			
Сутки жизни	Потребление молока (мл/сутки)	Мокрые пеленки/сутки	Стул
1	5-100 (в среднем 30), молозиво		1 
2	10-120, молозиво		1-2 
3	200		2-3 
4	400		4 
5	600+		3-4+ 
6 дней и до 6 месяцев	550-950 (в среднем 750)		3-5+ 

John A. Morton, Breastfeeding and Human Lactation, 2005

На слайде показано ожидаемое количество потребляемого молока в день, минимальная ожидаемая частота стула и мочеиспусканий в первую неделю жизни. Часто новорожденных в роддоме начинают докармливать еще до того, как у матери «прибудет» молоко. Страх того, что ребенок получает недостаточно грудного молока, также приводит к докармливанию ребенка уже после выписки из роддома. Однако в большинстве случаев такое докармливание необосновано и может повредить связи при грудном вскармливании.

- Обычно, даже если мать **считает**, что у нее недостаточно молока, ребенок все равно получает все, что ему необходимо.
 - Почти все матери могут вырабатывать молоко в количестве, достаточном, чтобы накормить одного или даже двух детей.
 - Почти все матери могут вырабатывать даже больше молока, чем необходимо ребенку.
 - Иногда ребенок **НЕ** получает достаточно молока. Но обычно причиной этому является недостаточность или неэффективность сосания. Это редко происходит из-за того, что у матери вырабатывается недостаточно молока.
- Поэтому необходимо думать не о том, сколько молока вырабатывается у матери, а о том, сколько молока получает ребенок. Однако сложно узнать, сколько миллилитров молока проглотил ребенок без вмешательства в связь между матерью и ребенком при кормлении. Для быстрой неинвазивной проверки того, сколько молока получает ребенок, можно использовать показатели потери / прибавки в весе и частоты выделений у ребенка (мочеиспусканий и стула).
- При правильно налаженном грудном вскармливании здоровый новорожденный теряет не более 10% своего веса при рождении, и его вес при рождении должен восстановиться к возрасту 2 недель. После 4 дня жизни новорожденный должен мочиться как минимум 6-8 раз в день прозрачной или светло-желтой мочой.
 - Стул новорожденного меняет цвет и консистенцию от черного дегтеобразного мекония в первые 1-2 дня жизни к желтому жидкому с комочками стулу ребенка на исключительно грудном вскармливании после 4 дней жизни. Если на 4 день жизни у ребенка еще отходит меконий, это говорит о необходимости наблюдения и оценки грудного вскармливания и коррекции техники кормления.

Слайд 12. Достоверные признаки того, что ребенок не получает достаточно молока

Достоверные признаки того, что ребенок не получает достаточно молока	
• Недостаточный набор веса: менее 500 г в месяц	И
• Мочи мало и она концентрированная: менее 6 мочеиспусканий в сутки	

WHO: 2006 Infant and Young Child Feeding Counselling: An Integrated Course

- В первые 3-4 месяца жизни ежемесячная прибавка в весе у ребенка должна составлять как минимум 500 г. Совершенно не обязательно, что ребенок будет прибавлять по вилограмму.
- Если прибавка в весе у ребенка составляет менее 500 г в месяц, это значит, что он плохо набирает вес и что необходимо оценить грудное вскармливание.
- Посмотрите график физического развития ребенка, если такой имеется.

Взвесьте ребенка сейчас и договоритесь о последующем взвешивании через неделю.

- Ребенок в возрасте старше 4 дней, находящийся на исключительно грудном вскармливании, который получает достаточно молока, обычно мочится как минимум 6-8 раз в сутки светлой мочой.
- Ребенок, получающий недостаточно молока, мочится менее 6 раз в сутки (часто – менее четырех). Его моча концентрирована, оранжевого цвета и с резким запахом.
- Если ребенок получает другое питье, например, воду в дополнение к грудному молоку, нельзя сказать с уверенностью, достаточно ли молока получает ребенок, даже если он часто мочится. Матери приводят другие признаки, которые дают им основания считать, что ребенок получает недостаточно молока, а именно:
- Ребенок недоволен после кормления
- Ребенок часто плачет
- Очень частые кормления
- Очень долгие кормления
- Ребенок отказывается от кормления грудью
- У ребенка твердый, сухой или зеленый стул
- У ребенка редкий стул малыми порциями
- Когда мать сцеживает молоко, оно не выделяется
- Грудь не увеличилась (во время беременности)
- Молоко не «прибыло» (после родов)

Хотя эти признаки и могут беспокоить мать, у них могут быть и другие причины, поэтому эти признаки *не надежны*. Если надежные признаки в норме (ребенок набирает вес и достаточно мочится), это значит, что ребенок получает достаточно молока.

Например, ребенок может часто плакать из-за колик, несмотря на то, что он получает достаточно молока. Еще один пример – ребенок переживает скачок роста. В этот период дети часто становятся беспокойными и часто требуют грудь на более долгий период времени. Это происходит приблизительно в возрасте 3 недели, 6 недель и 3 месяца. У матери такого ребенка может сложиться впечатление, что ребенку недостаточно молока. Но ребенок, переживающий скачок роста, обычно обильно мочится светлой мочой и хорошо набирает вес. Во время скачка роста ребенок получает больше молока, чем обычно.

Слайд 13. Причины, по которым ребенок может получать недостаточно молока

Причины, по которым ребенок может получать недостаточно молока			
Факторы, связанные с грудным вскармливанием	Мать: психологические факторы	Мать: физическое состояние	Состояние ребенка
• Неправильная техника захвата соска • Ребенок не захватывает сосок правильно • Случайное сосание соски • Неправильная техника сцеживания • Пониженный уровень лактации • Неправильная техника кормления • Ребенок не захватывает сосок правильно • Ребенок не захватывает сосок правильно • Ребенок не захватывает сосок правильно	• Депрессия • Стресс • Неправильная техника кормления • Случайное сосание соски • Желание сосать	• Пониженный уровень лактации • Неправильная техника сцеживания • Неправильная техника кормления • Неправильная техника сцеживания • Неправильная техника кормления • Неправильная техника сцеживания • Неправильная техника кормления • Неправильная техника сцеживания • Неправильная техника кормления	• Недостаточное количество молока • Пониженный уровень лактации
ОБЩИЕ ПРИЧИНЫ НЕДОСТАТОЧНОГО ПОЛУЧЕНИЯ МОЛОКА		СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ НЕДОСТАТОЧНОГО ПОЛУЧЕНИЯ МОЛОКА	

• На слайде - причины перечислены в четырех колонках: Факторы грудного вскармливания, Мать: психологические факторы, Мать: физическое состояние, Состояние ребенка

- Причины, перечисленные в первых двух колонках, (Факторы, связанные с грудным вскармливанием и Мать: Психологические факторы) перекликаются.
- Психологические факторы часто стоят за факторами, связанными с грудным вскармливанием, например: неуверенность матери в себе влечет за

собой кормление из бутылки.

- Вначале при оценке пары «мать – ребенок» посмотрите, нет ли этих перекликающихся причин нехватки ребенку молока.
- Причины, перечисленные в двух других колонках (Мать: физическое состояние и Состояние ребенка), не являются общими. (эти причины встречаются редко.)
- Предполагайте эти специфические причины только в том случае, если ни одна из общих не подходит.

- Если ребенок получает недостаточно молока, вам нужно выяснить, почему это происходит, чтобы помочь матери.
 - Если ребенок получает достаточно молока, но мать так не считает, нужно выяснить, почему она сомневается в своей способности вырабатывать молоко, и разуверить ее.
- Для планирования стратегии помощи паре «мать – ребенок», в которой ребенок, возможно, получает недостаточно молока, пользуйтесь следующей таблицей:

Ребенок получает недостаточно молока	Ребенок получает достаточно молока, но мать полагает , что недостаточно
• Составьте представление об истории кормления, пользуясь навыками консультирования. • Оцените кормление: проверьте положение у груди и прикладывание. • Пользуйтесь навыками наблюдения, чтобы определить, есть ли у матери или у ребенка заболевания или физические аномалии. • Похвалите мать за соблюдение правильной техники грудного вскармливания и за то, что она делает правильно для развития своего ребенка. • Решение, которое вы предложите матери, будет зависеть от причины нехватки молока. • Не забудьте договориться с матерью о следующем приеме. Если возможно, встречайтесь с матерью и ребенком ежедневно, пока мать не почувствует себя более уверенно. Ребенку может потребоваться 3-7 дней на то, чтобы набрать вес.	• Составьте представление об истории кормления, пользуясь навыками консультирования. • Попробуйте выяснить, почему мать начала сомневаться в своей способности вырабатывать молоко. • Выслушайте мысли и чувства матери о ее способности вырабатывать молоко, а также о том, какое давление она, возможно, испытывает со стороны окружающих касательно грудного вскармливания. • Оцените кормление: проверьте положение у груди и прикладывание; связь и отторжение. • Похвалите мать за соблюдение правильной техники грудного вскармливания и за то, что она делает правильно для развития своего ребенка. • Если у матери имеются ошибочные мнения, исправьте их, но не критикуйте. • Не забудьте договориться с матерью о следующем приеме. Такие матери находятся в группе риска введения в рацион ребенка другой пищи и жидкостей, поэтому им нужна поддержка, пока мать не почувствует себя более уверенно.

Слайд 14. Когда необходимо докармливать

Когда докорм показан
(Старайтесь максимально использовать сцеженное молоко!)

- Гипогликемия, не проходящая, несмотря на частые, правильно организованные кормления грудью
- Разделение матери и ребенка
 - 1) Болезнь матери, приведшая к разделению матери и ребенка (например, психоз, эклампсия, шок)
 - 2) Мать не в той же больнице, что и ребенок (или смерть матери)
- Ребенок с врожденным нарушением метаболизма (например, галактоземия)
- Ребенок, который не может сосать грудь (например, врожденный порок развития, болезнь)
- Если матери назначены лекарства, не совместимые с грудным вскармливанием

The Academy of Breastfeeding Medicine
 Protocol #16: Hospital guide line for the use of supplementary feedings in the healthy term newborn neonate

Просмотрите слайд. Детям на грудном вскармливании не следует давать дополнительное питание, если к этому нет медицинских показаний. Докормление может помешать налаживанию секреции молока у матери и отрицательно влиять на грудное вскармливание (напр., задержка молокообразования, нагрубание груди), спровоцировать изменения микрофлоры кишечника у ребенка, обострить чувствительность ребенка к аллергенам (в зависимости от того, чем докармливают ребенка, а также от метода кормления) и помешать установлению

связи между матерью и ребенком.

До начала введения дополнительного питания важно оценить каждую пару «мать – ребенок», а также непосредственно понаблюдать за кормлением.

«Докармливание» не равно «смесь». В любом случае, мать необходимо обучить сцеживать грудное молоко, и его нужно дать ребенку перед докормом смесью.

Медицинские работники должны помочь матери найти место для сцеживания грудного молока и его хранения. Молоко следует давать ребенку таким путем, чтобы это не мешало грудному вскармливанию (ложка, чашка, докармливание у груди и т.д.).

Слайд 15. Распространенные ситуации, когда докарм НЕ нужен

Распространенные ситуации, когда докарм НЕ нужен

- Сонный новорожденный, который прикладывался к груди менее 8-12 раз в первые-вторые сутки, потерял в весе менее 7% веса и у него нет признаков заболевания.
- Ребенок, уровень билирубина которого ниже 340 мкмоль/л после 72 часов жизни, если он хорошо сосет грудь, стул соответствует возрасту, и потеря веса меньше 7%.
- Ребенок, который беспокоится ночью или постоянно сосет грудь несколько часов подряд.
- Ребенок проснулся для кормления, а мать спит.

The Academy of Breastfeeding Medicine
Protocol #10: Hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate

Просмотрите слайд. В таких ситуациях новорожденные часто получают докарм, но это абсолютно безосновательно и только нарушает связь при грудном вскармливании. Эксперты Медицинской академии грудного вскармливания рекомендуют, чтобы врач взвесил клинические преимущества докармливания по сравнению с возможными негативными последствиями. Опять-таки, по возможности следует использовать материнское молоко.

Возможные показания к введению дополнительного питания у здоровых доношенных детей

(Медицинская академия грудного вскармливания, клинический протокол № 3: Рекомендации по использованию дополнительного питания у здоровых доношенных новорожденных, находящихся на грудном вскармливании в стационаре)

Используйте для докорма сцеженное материнское молоко везде, где только возможно

1) Показания со стороны ребенка

- ☐ Гипогликемия, подтвержденная лабораторным анализом глюкозы крови (а не глюкотестом), после того, как ребенку была дана адекватная возможность сосать
- Клинические признаки значительного обезвоживания
- Потеря от 8 до 10% веса при рождении в сочетании с задержкой молокообразования (день 5 или позже)
- Задержка стула или отхождение мекония на 5 день жизни
- Недостаточное потребление молока, несмотря на его достаточную выработку (необходимо сцеживать молоко)
- Гипербилирубинемия
- Желтуха грудного молока, при которой потребление недостаточно, несмотря на надлежащие вмешательства
- Желтуха грудного молока, при которой уровень билирубина достигает >20–25 мг/дл, и при которой диагностическое прерывание грудного вскармливания может быть эффективным
- Низкий вес при рождении
- Недостаточное количество молока
- Показаны добавки питательных элементов

2) Показания со стороны матери

- Задержка молокообразования (день 5 или позже) и недостаточное потребление молока ребенком
- Нестерпимая боль во время кормления, которая не снимается путем вмешательств
- Отсутствие матери по причине тяжелой болезни или географического разделения
- Первичная железистая недостаточность (первичная лактационная недостаточность), подтвержденная слабым ростом груди во время беременности и минимальными показаниями

молокообразования, патологией молочной железы или предшествующей операцией на молочной железе, повлекшей за собой снижение секреции молока

- □ Остатки плацентарной ткани в матке (молокообразование, возможно, начнется после удаления фрагментов плаценты)
- Синдром Шихана (послеродовое кровотечение, сопровождающееся отсутствием молокообразования)

Адаптировано из Powers NG, Slusser W: Breastfeeding update. 2: Clinical lactation management. *Pediatr Rev* 1997;18:147–161

Слайд 16. Как помочь ребенку высасывать больше молока

Как помочь ребенку высасывать больше молока

- Исправьте прикладывание!
 - Научите мать правильно прикладывать ребенка
- Предлагайте
 - кормить грудью чаще (не меньше 10-12 раз в сутки), продолжительнее, по ночам (научите будить сонного ребенка). Давать ребенку высасывать обе груди в кормление. «Кормление по кругу»
 - перестать кормить из бутылочки или давать пустышку (если необходимо, то кормить из чашки. Покажите, как кормить из чашки.)
 - давать поменьше или совсем не давать другую пищу или питье (если ребенку еще нет 6 месяцев)
 - Если докорм необходим — давать только то его количество, которое необходимо для ребенка для адекватного роста
 - способы снятия стресса, уменьшения усталости

Приведенные на слайде рекомендации можно дать тем матерям, чьи дети не получают достаточно грудного молока. Этот подход поможет увеличить количество потребляемого ребенком грудного молока.

Литература:

6. Academy of Breastfeeding Medicine. Protocol#11: Guidelines for the evaluation and management of neonatal ankyloglossia and its complications in the breastfeeding dyad
7. Academy of Breastfeeding Medicine. Protocol#3 Hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate
8. Brian Palmer, D.D.S., Breastfeeding and Frenulums Presentation 2003
9. Dollberg S, Botzer E, Grunis E, Mimouni FB. Immediate nipple pain relief after frenotomy in breast-fed infants with ankyloglossia: a randomized, prospective study. *J Pediatr Surg*. 2006 Sep;41(9):1598-600.
10. Infant and Young Child Feeding Counselling: An Integrated Course. *Trainer's Guide*, WHO 2006
11. J.Newman. Protocol to Manage Milk Intake 2009
12. J.Riordan, Breastfeeding and Human Lactation, 2005
13. N.Mohrbacher, J.Stock. The Breastfeeding Answer Book, La Leche League International, 1997
14. Ricke LA, Baker NJ, Madlon-Kay DJ, DeFor TA. Newborn tongue-tie: prevalence and effect on breast-feeding. *J Am Board Fam Pract*. 2005 Jan-Feb;18(1):1-7.
15. Texas Department of Health/Bureau of Nutrition Services. BREASTFEEDING THE SLEEPY NEWBORN

Занятие 9

Кормление больных и маловесных детей

Слайд 2. Трудности кормления маловесных детей

Трудности кормления маловесных детей

1. **Маловесному ребенку нужно много калорий для его роста**
 - В нейтральной термальной среде, маловесному ребенку необходимо 130 кал/кг/день в течение стабилизационного периода.
2. **У маловесного ребенка объем желудка очень маленький**
3. **Часто у маловесного ребенка – незрелый кишечник, печень и почки**
 - Материнское молоко – наилучшая пища для ребенка.
4. **У маловесного ребенка, зачастую, - незрелый сосательный рефлекс**
 - Зрелый сосательный рефлекс и хорошая координация сосания, глотания и дыхания полностью развиваются к 34-35 неделям гестации.
 - Способность кормиться из чашки/ложки развиваются к 30-32 неделям гестации.
 - Маловесного ребенка, рожденного до 30 недели гестации обычно кормят через желудочный зонд.

WHO, 2003
Alain Dabadie, 1999

На слайде – 4 ключевых информации по проблемам, связанных с кормлением маловесных детей. Проситайте их внимательно.

Слайд 3. Кормление: количество и частота (1)

Кормление: количество и частота (1)							
Объемы грудного молока для ребенка без серьезных заболеваний							
Вес (кг)	День 1	День 2	День 3	День 4	День 5	День 6	День 7
1,25-1,49 Объем кормления каждые 3 часа (мл/кормление)	10	15	18	22	26	28	30
1,5 – 1,9 Объем кормления каждые 2-3 часа (мл/кормление)	17	19	21	23	25	27	27+
2,0-2,4 Объем кормления каждые 2-3 часа (мл/кормление)	20	22	25	27	30	32	35+

■ Следите за адекватным набором веса:
 — Нижний предел не должен быть менее 15 г/кг/день
 более 3 дней

WHO, 2003
WHO, 2006

Обратите внимание на необходимости частых кормлений маловесных детей небольшими порциями молока. Это даст возможность им получить необходимые калории, принимая во внимание маленький объем желудка.

Слайд 4. Кормление: количество и частота (2)

Кормление: количество и частота (2)							
Объемы внутривенного раствора и грудного молока для всех детей весом менее 1,25 кг							
	День 1	День 2	День 3	День 4	День 5	День 6	День 7
Внутривенное питание (мл/час или микрокапли/мин)	4	4	3	3	2	2	0
Объем питания каждые 2 часа (мл/кормление)	0	0	3	5	8	11	15

■ Медленно уменьшайте объем внутривенного раствора и увеличивайте оральное питание

WHO, 2003

Для ребенка весом менее 1,25 кг жизненно необходимо получить молозиво, как можно раньше после родов. На третий день такому ребенку нужно орально давать грудное молоко, увеличивая количество молока с каждым днем, одновременно уменьшая объем внутривенной жидкости. Через две недели такие дети переходят полностью на грудное молоко (без внутривенного питания).

Недоношенные дети, особенно те, кому 32-34 недели гестации, часто не могут брать грудь или бутылку. Таким детям может понадобиться кормление через зонд, до того момента, когда они научатся брать

грудь. При кормлении через зонд подбирается небольшой, эластичный зонд, который вставляется через нос или рот в желудок. Зонд иногда убирается, но при частых кормлениях может и оставаться в желудке у ребенка.

Перед каждым кормлением через зонд, у ребенка проверяют остаток молока в желудке от предыдущего кормления. Если остаток молока слишком большой, это может означать, что ребенок плохо усваивает (переваривает) молоко.

ПРИМИТЕ К СВЕДЕНИЮ: Стерильная вода, декстроза 5% - 10% с водой НЕ должны даваться ребенку, как первое питание. Грудное молоко – это единственное оптимальное питание для

недоношенного и маловесного ребенка.

Как кормить маловесного ребенка? Грудное молоко против смесей

Грудное молоко

- "Преждевременное молоко" содержит больше иммуноглобулинов, жиров, белков и калорий, чем молоко ребенка, рожденного в срок.
- Через свое молоко мать обеспечивает своего малыша антиинфекционными факторами, факторами роста, гормонами и пищеварительными энзимами

Заменители ГМ

- Специальные смеси для недоношенных детей очень дорого стоят
- Увеличивается уровень некротизирующего энтероколита, сепсиса, удлинняется госпитализация, увеличивается риск возникновения смерти и имеет долгосрочный негативный эффект на здоровье
- НЕ имеет биологических качеств грудного молока
- Предоставляет много калорий и микроэлементов маловесному ребенку.

Использование смесей должно быть **ограничено**. Их нужно использовать в случае, если материнское или донорское молоко отсутствует

Pishva N. et al, 2004
WHO/EURO, 2002

Слайд 4. Как кормить маловесного ребенка

Важность грудного молока в уходе за маловесным ребенком и, особенно, за преждевременным новорожденным была хорошо изучена и признана во всем мире.

Грудное молоко имеет неоспоримое положительное влияние на здоровье ребенка, особенно оно формирует защитные свойства организма малыша, абсорбцию питательных веществ. Также грудное молоко улучшает функцию желудочно-кишечного тракта, максимально способствует созреванию и развитию нервной системы и оптимизирует физиологическое и моральное состояние матери. Задача медперсонала состоит в том, чтобы помочь матерям избавиться от всяческих барьеров, препятствующих грудному вскармливанию, а также преодолеть физиологические и эмоциональные трудности, например: поддержка лактации в первые месяцы и уверенность матери в своих силах кормить ребенка грудью до двух лет и более.

Слайд 6. Преимущества ГМ для ЖКТ недоношенного ребенка

Преимущества грудного молока для ЖКТ недоношенного ребенка

- Способствует дозреванию и развитию желудочно-кишечного тракта
- Снижает кишечную проницаемость быстрее
- Стимулирует действие лактазы
- Содержит компоненты для стимуляции роста, сократительной деятельности и созревания кишечника
- ГМ быстрее усваивается желудком, чем смеси
- Быстрее переход на полное энтеральное питание

CPQCC Nutrition Toolkit Nutritional Support of the VLBW Infant (Rev. 2008)

Эффекты ЖКТ при кормлении грудным молоком включают: оптимизацию действия лактазы в кишечнике, более быстрое опустошение кишечника и снижение проницаемости кишечной стенки на раннем этапе жизни по сравнению со смесями для недоношенных детей.

Также, грудное молоко – положительный фактор против развития некротизирующего энтероколита среди маловесных и недоношенных детей. Одной из основных целей кормления детей

молоком в первые часы после родов – это стимуляция созревания и роста кишечника и его сократительной деятельности.

Раннее начало кормления детей ускоряет время перехода к полноценному кормлению и этих детей раньше выписывают. Вместе с тем, такое кормление не увеличивает случаи некротизирующего энтероколита.

Слайд 7. Зависимость частоты некротизирующего энтероколита (НЭК) от метода кормления

Зависимость частоты некротизирующего энтероколита от метода кормления

Метод кормления	Случаи НЭК	Пропорция
ИГВ	1.2 %	3/253
ИГВ + смесь	2.5 %	11/437
Смесь	7.2 %	17/236

Статистическое сравнение:

Смесь против Смесь + ИГВ	$p < .005$
Смесь против ИГВ	$p < .001$

«Среди детей, рожденных более 30 недель гестации, некротизирующий энтероколит (НЭК) наблюдался реже у тех детей, в рацион которых входило грудное молоко. НЭК встречался в 20 раз больше у детей, находящихся только на смесях.»

Lucas & Cole, Lancet 1990;336:1519

CPQCC Nutrition Toolkit Nutritional Support of the VLBW Infant (Rev. 2008)

Причины НЭК остаются неизвестными, скорее всего, много факторов играют роль в образовании НЭК. Процент детей с НЭК в неонатальных отделениях интенсивной терапии составляет 1-5%. Чем меньше вес и недоношенность среди детей, тем больше случаев смертности от НЭК.

Оптимальный метод предотвращения НЭК – это грудное вскармливание маловесных и недоношенных детей. В группе искусственно вскармливаемых детей, рожденных после 30 недель гестации случаев НЭК было в 20 раз больше, чем у таких же детей, получающих грудное молоко.

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ: Кормление одними смесями увеличивает риск НЭ в 6 раз среди недоношенных маловесных детей по сравнению с кормлением грудным молоком, и в 3 раза увеличивается риск НЭ при смешанном кормлении (грудное молоко и смеси) таких детей, по сравнению с одним грудным молоком.

Слайд 8. Смесь и ретинопатия недоношенных среди детей с экстремально низкой массой тела

Смесь и ретинопатия недоношенных среди детей с экстремально низкой массой тела (ДЭНМТ)

- 145 ДЭНМТ (<1500г Январь 1992 - Февраль 1993)
- **Случаи ретинопатии недоношенных**
 - ГМ 37.3% $p < 0.005$
 - Смесь **63.8%**
- **Случаи ретинопатии недоношенных при выписке**
 - ГМ 22.3% $p < 0.0007$
 - Смесь **53.4%**
- **Многосторонний регрессивный анализ:**
 - Методы кормления связаны со случаями ретинопатии и ее сложностью
 - Взаимосвязь с долей смеси в питании ребенка
 - Даже маленький объем (<20%) грудного молока имеет защитные свойства

Hylander et al. J Perinatol 2001; 21:356-362

CPQCC Nutrition Toolkit Nutritional Support of the VLBW Infant (Rev. 2008)

У около ¼ недоношенных детей, с весом меньше 1500г при рождении развивается проблема со зрением. Эта проблема происходит в сетчатке глаза (черный кружок в центре глаза) и может привести к слепоте. Такая проблема с глазами называется ретинопатия недоношенности. В сетчатке глаза имеются два желтых пигмента (лютеин и зеаксантин), которые защищают глаз от повреждений ярким светом. Также, возможно, что эти пигменты защищают глаз от повреждений кислородом. Эти пигменты передаются ребенку от матери. В большинстве случаев передача этих пигментов имеет место в

последнем триместре беременности. Ситуация ухудшается при кормлении недоношенного ребенка смесями, так как в смесях (по сравнению с грудным молоком) нет лютеина и зеаксантина.

Дети, с экстремальной массой тела на **искусственном** вскармливании имеют в 2 раза **больше** случаев **ретинопатии**, чем такие же дети, которые вскармливаются грудным молоком.

Слайд 9. Контакт матери и больного ребенка – очень важен!

Контакт матери и ее больного ребенка – ОЧЕНЬ ВАЖЕН!

- Увеличивает количество грудного молока для ребенка
- Удлиняет продолжительность ГВ
- Стимулирует иммунную систему матери вырабатывать антитела к патогенам, с которыми сталкивается ребенок
- Дети более стабильны
- Способствует эмоциональной связи



CPQCC Nutrition Toolkit Nutritional Support of the VLBW Infant (Rev. 2008)

Любой новорожденный нуждается в тепле, любви и заботе. Мать – самый идеальный человек, который может дать своему ребенку все самое наилучшее.

Отделение матери от ребенка – самый наихудший сценарий в роддоме, который негативно влияет на результаты здоровья малыша. Мать и ребенок должны находиться в постоянном контакте. Это также поможет началу лактации и предотвратит заболевания больничными инфекциями.

Многочисленные исследования показывают, что контакт кожа-к-коже ребенка и матери, и вовлечение матери в уход за ее больным, недоношенным или маловесным ребенком

(например: кормление ребенка в ПИТе) приводят к быстрому выздоровлению ребенка и дает возможность недоношенному ребенку быстрее достичь необходимых физиологических параметров. Также, такой уход позволяет матери дольше кормить своего ребенка грудью и наслаждаться материнством.

Слайд 10. Методы кормления маловесных детей

Методы кормления маловесных детей

- **34-35 недель**
 - Возможно кормить непосредственно грудью
- **30-32 недели**
 - Возможно ГВ, обычно сочетается с альтернативным методом кормления грудным молоком из чашечки/ложечки
- **Ребенку меньше 30 недель, либо ребенок болен**
 - Кормление через зонд

WHO, 2003

Дети в сроке гестации 34-35 недель и более могут сосать грудь.

Дети в сроке гестации около 30-32 недель могут есть из чашки или ложки.

Дети, в срока гестации до 30 недель, нуждаются в питании через зонд.

Как только ребенок может быть приложен к груди, необходимо тут же приложить его к груди матери. Сначала он может искать грудь, облизывать сосок и немного сосать. Нужно продолжать давать ему сцеженное молоко матери, пусть он пьет из чашечки. Следует убедиться, что ребенок получает

все необходимое ему молоко.

Когда маловесный ребенок начинает эффективно сосать грудь, он может часто делать паузы и большие перерывы между кормлениями. Например, он может сделать 4-5 сосаний и затем отдыхать 4-5 мин.

Очень важно не отрывать его от груди слишком быстро. Пусть ребенок находится у груди матери дольше, это даст ему возможность продолжить кормиться, когда он будет готов.

Он может сосать грудь, при необходимости, около часа. Предлагайте ему молоко из чашечки после грудных кормлений.

Нужно убедиться, что при кормлении ребенок и мама находятся в удобных позах. Хорошее прикладывание может позволить ребенку эффективно сосать грудь на раннем этапе.

Слайд 11. Техника кормления через зонд (1)

Техника кормления через зонд (1)

Используется при кормлении детей с экстремально низкой массой тела

- Введение трубки
 - Выберите тонкий катетер для питания новорожденных
 - Отмерьте расстояние от кончика носа до нижнего кончика уха, а затем от уха до желудка
 - Отметьте расстояние на катетере
 - Аккуратно введите катетер в желудок через нос
 - Проверьте правильность введения зонда путем:
 - Аспирации некоторого содержимого желудка, либо
 - Напнетания воздуха (1-2 мл) в желудок и прослушивания через стетоскоп
 - Зонд может оставаться в желудке максимум 3 дня

WHO, 2003

Обратите внимание на правильность ввода зонда путем отмеривания расстояния от кончика носа до мочки уха и от мочки уха до желудка.

Сначала через зонд подается совсем маленькое количество молока, постепенно доза увеличивается.

Дети с большей массой тела нуждаются в большем объеме молока. Перед каждым кормлением через зонд, желудок ребенка проверяют на остаток содержимого в желудке (остаток молока от предыдущего кормления). Если остаток содержимого желудка слишком высок – это может означать, что ребенок недостаточно хорошо переваривает пищу.

После экстракции содержимого желудка ребенка, проверьте цвет содержимого. При наличии одного из нижеперечисленных признаков, **НЕМЕДЛЕННО** прекратите энтеральное кормление:

1. содержимое желудка имеет желтый или зеленый цвет
2. объем содержимого желудка превышает более чем 1/2 - 1/3 объема от предыдущего кормления
3. у ребенка рвота и вздутие живота

4. кровь в стуле

Слайд 12. Техника кормления через зонд (2)

Техника кормления через зонд(2)

- Используйте молоко или сцеженное молоко
- При кормлении через зонд:
 - Мать держит шприц в 5-10 см над ребенком. Молоко стекает по трубке под действием силы тяжести
 - Стимулируйте сосательный рефлекс и вкус ребенка
 - Поощряйте контакт кожа-к-коже матери и ребенка
- Кормите медленно 10-15 мин
 - Болюсные кормления по 10-15 мин считаются близкими к «физиологическому кормлению»
- Начните кормление из чашечки, когда появится возможность
- Метод продолжительного энтерального введения молока требует постоянного мониторинга за переносимостью питания ребенком



Photo: J. R. Rando, Breastfeeding and Human Lactation, 2005

WHO, 2003
Premji S et al, 2004

Любое количество (даже 1-3 капли) молозива очень важны и необходимы для созревания стенок кишечника новорожденного, и, также, позволяет предотвратить инфекции и НЭ.

Медработники обязаны вовлекать матерей в уход за своими детьми в ПИТе и должны обучить их этому. Уход матери за ребенком в ПИТе позволит ей стать более уверенной и даст определенные знания.

Мать не должна надавливать на поршень шприца. Молоко само должно стекать из шприца в желудок ребенку.

Современный и эффективный метод энтерального кормления – **трофическое кормление**. Трофическое кормление – это кормление небольшими объемами молока в дополнение к парентеральному питанию. Исследования были нацелены на кормление детей, весом < 1500г при рождении. Этот метод был широко воспринят из-за улучшения в переносимости молока, предотвращения желудочно-кишечной атрофии и быстрому созреванию желудочно-кишечного тракта, что приводило к быстрому переходу ребенка на полное энтеральное кормление. При трофическом кормлении, предпочтение должно отдаваться материнскому молоку.

Слайд 13. Кормление через зонд матерью

Кормление через зонд матерью

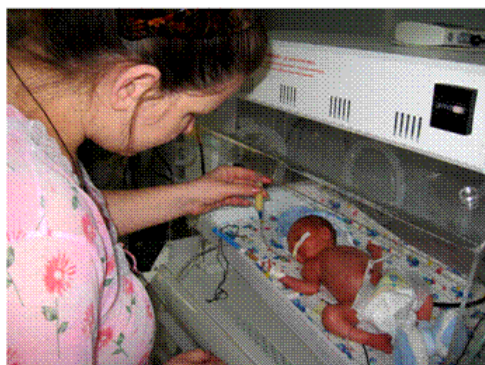


Photo courtesy: Laidlaw's Baby Hospital

На Слайде 13 видно, как мать сама кормит своего ребенка через зонд в ПИТе. Обратите внимание на то, что медработники должны предоставлять доступ матери в ПИТ для ухода за своим ребенком круглые сутки и помогать матери чувствовать себя комфортно и уверенно. В ПИТе должен быть стул для матери, комната/место для сцеживания грудного молока, информация по уходу за ребенком и грудному вскармливанию. Также, хорошо обученный персонал должен находиться всегда рядом, в случае, если матери понадобится какая-нибудь помощь.

Непитательное сосание при кормлении через зонд

Опорожненная сцеживанием грудь или пустышка

- Способствует развитию сосательных навыков
- Улучшает пищеварение
- Успокаивает ребенка; более спокойный ребенок при кормлении через зонд
- Непитательное сосание материнской груди улучшает поступление молока и грудное вскармливание после выписки

Слайд 14. Непитательное сосание при кормлении через зонд

Непитательное сосание – особая техника, которая очень важна для недоношенного ребенка. Она позволяет увеличить перистальтику и усилить секрецию пищеварительных соков. Дети с непитательным сосанием плачут меньше.

В тоже время, непитательное сосание увеличивает выработку грудного молока у матери.

Непитательное сосание может быть первым опытом кормления для ребенка возле груди матери. Это позволит матери наблюдать за поведением ребенка и распознать признаки готовности ребенка к полноценному кормлению грудью.

Слайд 15. При кормлении из бутылки дети испытывают больше стресса, чем при ГВ

При кормлении из бутылки дети испытывают больше стресса, чем при сосании груди

- При кормлении из бутылки дети часто на время перестают дышать во время серий сосательных движений
- Температура тела ребенка ниже при сосании молока из бутылки
- Кровь менее насыщена кислородом
- Больше случаев апноэ

Jai Randa, Breastfeeding and Human Lactation, 2005

Нет причин давать ребенку бутылку, не попробовав грудное вскармливание!

Дети, которые кормятся из бутылки, имеют тенденцию к нарушению дыхания, более низкую насыщенность крови кислородом и более низкую температуру тела.

Также, они не согреваются теплом матери и мать, как правило, не присматривает за ребенком при таком кормлении. Зачастую, ребенок остается один, без внимания и общения с матерью.

Слайд 16. Кормление маловесного ребенка грудным молоком (1).

Кормление грудью маловесного ребенка (1)

- Проверьте признаки готовности к грудному вскармливанию:
 - Ребенок в состоянии координировать дыхание, сосание и глотание
 - Ребенок клинически стабилен (нет серьезных расстройств с дыханием)
 - Ребенок может сосать, эпизоды апноэ и брадикардии возникают редко
 - Явные признаки готовности к прикладыванию к груди
- Кормление грудью маловесного ребенка требует терпения и отдачи потому что такой ребенок:
 - Сосет с небольшими интервалами и затем отдыхает
 - Может заснуть у груди
 - Может делать частые перерывы, что приводит к продолжительному ГВ
 - Не всегда просыпается на кормление

WHO/EURO, 2002

Обратите внимание на переходную ситуацию, когда ребенок уже в состоянии вскармливаться грудью. Медработники, в данной ситуации, играют ключевую роль в обеспечении поддержки матери. Медработник должен объяснить матери, почему и когда ребенок готов приложиться к груди. Также медработник должен рассказать матери, почему важно кормить грудью.

Слайд 17. Кормление маловесного ребенка грудным молоком (2).

Кормление грудью маловесного ребенка (2)

- Убедите мать в том, что она сможет кормить своего малыша грудью
- Помогите ей с прикладыванием и удобной позицией при ГВ
- Активно консультируйте мать по следующим практикам:
 - Начале ГВ в течение 1-2 часов после родов
 - Кормление ребенка каждые 2-3 часа
 - Следует будить ребенка на кормление каждые 2-3 часа
 - Необходимо дольше держать ребенка у груди
 - Позволять ребенку делать большие паузы и кормить более медленно
 - Не останавливать грудные кормления, если ребенок все еще пытается сосать грудь
 - Сцеживать немного молока перед прикладыванием, в случае, если необходимо увеличить поток молока
 - Кормить ребенка задним молоком, если ребенок не набирает вес.

WHO, 2003

Слайд 17 показывает, какую информацию надо дать матери и каким навыкам следует ее обучить. Помните, что учатся и ребенок, и мать.

Слайд 18. Позиции для ГВ маловесного ребенка



Обратите внимание на **Слайд**, где показаны две самые распространенные и удобные позиции при грудном вскармливании маловесного ребенка. В этих вариантах нужна подушка для опоры рук матери

Слайд 19. Вертикальная позиция для ГВ больного ребенка



Самая благоприятная позиция при грудном вскармливании больного маловесного ребенка – вертикальная позиция. Маловесные и, особенно, больные дети часто засыпают у груди. Вы должны научить мать нежно будить ребенка и снова приложить его к груди. При обучении матери, нужно обратить ее внимание на то, что при кормлении не следует надавливать на заднюю часть головы ребенка

ЗАПОМНИТЕ! Прямое давление на затылочную часть головы ребенка приведет к тому, что ребенок будет

откидывать голову назад и будет плохо открывать рот.

Больного ребенка надо кормить часто.

Слайд 20. ГВ детей с различными проблемами здоровья



Грудное вскармливание крайне важно для детей с различными проблемами здоровья. Матерей таких детей нужно всячески поддерживать и хвалить за их труд и отдачу. Существует много примеров как и в какой позиции кормить детей с различными проблемами здоровья. На фотографиях:

1. Ребенок с гидроцефалией. Ребенок и мать лежат на боку, голова ребенка поддерживается подушкой.
2. Дефекты нервной трубки. Ребенок в гипсе, расположен на боку
3. Ребенок на вытяжке. Ребенок находится на спине, Мать скользняется над ребенком.

Слайд 21. Поддержка за подбородок ребенка



Ребенок с гипотонией может прикладываться эффективно к груди, когда мать поддерживает его подбородок и щеки (поддержка «рука танцора», Dancer hold). Следующие рекомендации помогут матери более успешно кормить ребенка грудью:

- помогите матери расположить ребенка вертикально;
- научите мать аккуратно провести соском по губам ребенка, чтобы он открыл рот;
- поддерживайте подбородок снизу пальцами, а другой рукой

поддерживайте шею ребенка сзади (это даст возможность языку удерживаться в правильном для сосания положении);

- если мать расслаблена и ей удобно, она будет обучаться быстрее.

Такая техника кормления позволит:

- сделать ребенка более активным
- увеличить способность ребенка захватывать сосок,
- стимулировать артикуляционный аппарат, что приведет к усилению и улучшению прикладывания ребенка к груди и способность сосания;
- улучшить эффективность сосания.

Слайд 22. Научите мать техникам сцеживания молозива и ГМ



На занятии по сцеживанию ГМ полностью объясняются навыки сцеживания ГМ. Сцеживание ГМ — очень важный труд для матери маловесного ребенка, поэтому мать должна овладеть навыками сцеживания наилучшим образом.

Слайд 23. Руководство по хранению сцеженного ГМ для недоношенных детей

Руководство по хранению сцеженного молока для недоношенных детей

Метод	
Комнатная температура	4 часа (как можно быстрее поставьте молоко в холодильник)
Холодильник	48 часов
Размороженное молоко в холодильнике	24 часа
Отделение холодильника для заморозки (холодильник с 1-й дверью)	Не рекомендуется
Морозильная камера с 2-мя дверцами (не на дверце)	3 месяца
Глубокая заморозка	6 месяцев

Транспортировка ГМ: изолированный кулер с пакетами льда

CPQCC Nutrition Toolkit Nutritional Support of the VLBW Infant (Rev. 2008)

В занятии по сцеживанию ГМ вы найдете руководство по хранению сцеженного ГМ для доношенных детей. Обратите внимание, что хранение грудного молока для недоношенных детей немного отличается от хранения молока для доношенных детей.

Слайд 24. Альтернативные методы кормления

Альтернативные методы кормления

1. Кормление из чашечки/ложечки

- Не мешает ГВ
- Чашечку легко мыть
- Безопасно
- Маловесные дети получают то количество молока, которое им необходимо
- Кормление из чашечки может сочетаться с кормлением грудью, в случае, если ребенок устал или слаб



WHO, 2006

Кормление из чашечки или ложечки является очень эффективным методом кормления ребенка грудным молоком. Слабый, больной ребенок сам не в состоянии получить необходимое количество ГМ во время грудного вскармливания. Поэтому недостающее количество молока можно дать ему (предварительно сцедив груди) через чашечку/ложечку.

Слайд 25. Техника кормления из чашечки

Техника кормления из чашечки

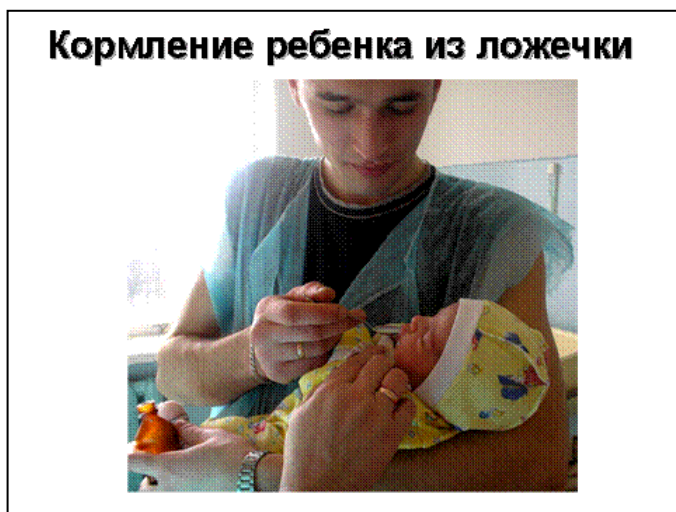
- Отмерьте необходимо количество молока
- Расположите ребенка в полувертикальном положении
- Можете заплести ручки ребенка, чтобы он не толкнул случайно чашку или ложку и не разлил молоко.
- Прикоснитесь к губам ребенка чашечкой
- Не лейте молоко в рот ребенка
- Позвольте ребенку самому «лакать» молоко и глотать
- Ребенок прекратит есть, когда он закроет рот и не будет проявлять интерес к кормлению



WHO/BFQ, 2002
BMJ, 2004

Кормление из чашечки также безопасно, как и кормление из бутылки. Дети пьют молоко из чашечки быстрее, чем из бутылки. Также, намного легче перевести ребенка, который пил из чашечки на грудное вскармливание.

Слайд 26. Кормление ребенка из ложечки



Принципы кормления из чашечки и ложечки похожи.

Слайд 27. Кормление ребенка из шприца (без иглы)



Техника кормления с использованием шприца (без иглы) либо пипетки:

1) Разместите ребенка на коленях в вертикальной, сидячей позиции. Следует убедиться, что голова ребенка поддерживается сзади. Многие дети предпочитают находиться лицом к лицу к маме, а не находиться в той позиции, в какой они обычно размещаются в колыбельке при кормлении. Некоторые родители предпочитают пеленать своего ребенка, чтобы его руки не мешали кормлению.

2) Используйте шприц без иглы, либо

пипетку, которые слегка и аккуратно вставляются в рот ребенка. Некоторые дети хорошо заглатывают молоко, если оно подается между деснами и щеками. Другим детям удобнее, если молоко подается под нижнюю губу.

3) Слегка выдавливайте молоко из шприца/пипетки таким образом, чтобы ребенку попадало небольшое количество молока. При первых таких кормлениях достаточно несколько капель молока. Со временем ребенку потребуется больше молока. Подождите, пока ребенок проглотит молоко. Иногда ребенок выплевывает немного молока. Это – нормально.

Такое кормление – это единственный способ общения матери с ребенком.

Слайд 28. Кормление с помощью системы докорма у груди

Кормление с помощью системы докорма у груди

Это приемный ребенок



Photo by Dr Jack Newman.

Кормление ребенка с помощью системы докорма позволяет матери, которая кормит грудью, докормить ребенка сцеженным грудным молоком или смесью у груди, прямо во время кормления, без использования соски.

Использование соски на раннем этапе кормления, может повлиять на грудное вскармливание. После опыта бутылочного кормления многим детям сложнее сосать грудь.

Система докорма состоит из небольшого контейнера для молока (можно использовать бутылку с соской и в ней – крестообразный разрез для фиксации

трубки) и длинной тонкой эластичной трубки, вставленной в контейнер через разрез в соске. Трубку также можно просто опустить в чашечку со сцеженным молоком или смесью.

Ребенка прикладывают к груди как обычно, а трубку аккуратно вводят ему в рот в подходящее время (обычно после того, как ребенок уже пососал обе груди, хотя в случае маловесных детей докорм может даваться в самом начале – зависит от состояния ребенка и лактации матери). Чем лучше прикладывание, тем лучше будет работать система докорма, и тем быстрее вы от нее избавитесь для полноценного грудного вскармливания. Грудь надо немного отодвинуть, чтобы был виден уголок рта ребенка. Трубка берется между указательным и большим пальцами и вставляется в уголок рта ребенка таким образом, чтобы она продвинулась вперед и немного вверх. Кончик трубки окажется во рту ребенка примерно на одном уровне с соском (трубку не вводят в желудок ребенка). Трубка считается хорошо размещенной, когда молоко во время сосания груди с достаточно быстрой скоростью проходит по трубке в рот ребенка. Нет необходимости заполнять саму трубку молоком пред тем, как вставить ее в рот ребенку. (Источник: Lactation Aid. Jack Newman, MD, FRCPC, 2005)

Слайд 29. Витамины и микронутриенты для недоношенного ребенка

Витамины и минеральные вещества для недоношенного ребенка

- **Железо**
 - С 2-8 недели до 12 месяцев
 - 2 мг/кг/день
- **Витамин D**
 - С конца 1 недели до 12 месяцев:
 - 400 Ед
- **Витамин А**
 - В грудном молоке достаточно витамина А

WHO, 2003

Маловесные дети подвержены риску развития анемии и рахита. Они должны получать препараты железа и Витамин D. Детям на грудном вскармливании нет необходимости давать Витамин А, так как в грудном молоке его достаточно.

Литература:

1. Infant and Young Child Feeding Counselling: An Integrated Course. *Trainer's Guide*, WHO 2006
2. J.Newman. Protocol to Manage Milk Intake 2009
3. J.Riordan, Breastfeeding and Human Lactation, 2005

Занятие 10

Сцеживание грудного молока

Сцеживание грудного молока помогает в ряде ситуаций.

Многие матери могут сцедить много молока с использованием довольно странных на взгляд наблюдателя методик. Если тот метод сцеживания, которым пользуется мать, эффективен и удобнее ей, пусть она продолжает его использовать. Но если у матери имеются затруднения со сцеживанием молока, обучите ее более эффективной технике.

Слайд 2. Опустошение груди – работа самого ребенка!

**Опустошение груди – работа
самого ребенка!**

**Нет необходимости в рутинном
сцеживании молока.**

**Нет необходимости в рутинном
сцеживании грудного молока.
Опустошение груди – работа ребенка!**

Слайд 3. Зачем сцеживать грудное молоко?

Зачем сцеживать молоко?

Сцеживание молока необходимо и полезно:

- для кормления недоношенных и маловесных детей, которые сами не могут брать грудь
- для кормления больных детей, которые сами недостаточно берут грудь или неэффективно сосут
- для поддержания лактации, когда мать или ребенок больны
- чтобы сохранить лактацию, когда мать выходит на работу.
- для предотвращения подтекания молока, когда мать далеко от ребенка
- подцеживание: чтобы сделать грудь более мягкой перед прикладыванием ребенка к груди
- подцеживание: чтобы облегчить состояние груди, например при нагрубании
- для плавного перехода на другой метод кормления, либо для кормления пастеризованным грудным молоком (см. главу «ВИЧ и грудное вскармливание»)

- Однако существуют ситуации, в которых женщинам необходимо сцеживать грудное молоко. Это даст матери возможность начать или продолжить грудное вскармливание.

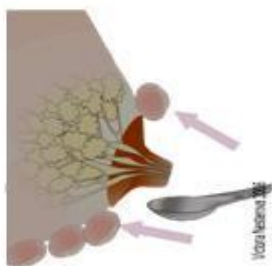
- Всех матерей необходимо обучить сцеживать грудное молоко, чтобы они знали, что необходимо делать, если возникнет такая потребность.

Все лица, ухаживающие за кормящими матерями, должны уметь показать матери, как сцеживать грудное молоко.

Слайд 4. Когда начать сцеживание ГМ?

Когда начать сцеживать молоко?

Когда очевидно, что грудное вскармливание откладывается на некоторое время (например, недоношенный ребенок). В этом случае необходимо начать сцеживать молоко в первые же сутки после родов. Оптимально начать сцеживаться в течение 6 часов после родов.



Сцеживание грудного молока нужно начать как можно раньше после рождения ребенка.

Сцеживание грудного молока необходимо в случае, если ребенок не может приложиться к груди или сосать из-за болезни или недоношенности.

Подчеркните, что ребенку необходимо молоко в как можно скорее после рождения.

Также обратите внимание на то, что если мать сцеживает грудное молоко, ребенок должен все время находиться с матерью в контакте «кожа к коже» или рядом с ней (в случае, если ребенок лежит в инкубаторе в ПИТ).

Как можно сцеживать грудное молоко?

- Руками
- Электрическим молокоотсосом
- Механическим молокоотсосом

Слайд 5. Как можно сцеживать ГМ

Существует два способа сцеживания ГМ: руками и молокоотсосами.

Слайд 6. Рефлекс выделения молока – ключ к эффективному сцеживанию

Рефлекс выделения молока – ключ к эффективному сцеживанию

Посоветуйте матери:

- Удобно устроиться в комнате, где нет посторонних людей. Рядом может быть помощник (например, мать, сестра, подруга)
- Постараться устроить ребенка «кожа-к-коже» к своему телу (если это невозможно, тогда можно сцеживаться рядом с ребенком, смотреть на его фотографию, слушать запись его голоса)
- Приложить к груди теплый компресс или принять теплый душ
- Выпить что-то теплое: воду, чай
- Стимулировать соски
- Легко помассировать грудь перед сцеживанием и несколько раз во время сцеживания, если поток молока ослабевает.
- Попросить кого-нибудь сделать легкий массаж спины



Мать сцеживает молоко в палате интенсивной терапии Обитательский Центра Материн и Ребенка

Успешное сцеживание зависит от эффективной работы гормона окситоцина. Для того, чтобы окситоциновый рефлекс работал, необходимо, чтобы мать чувствовала себя комфортно и расслабленно, у нее было бы хорошее настроение. Предложите матери выпить воды или чаю, если необходимо, сделайте матери расслабляющий массаж спины.

Слайд 7. Сцеживание грудного молока руками

Сцеживание молока руками

Подготовка:

- Выберите миску, чашку, стакан или другую удобную емкость с широким горлышком.
- Вымойте емкость мылом с водой (мать может это сделать заранее).
- Налейте прокипяченную горячую воду в емкость и оставьте на несколько минут. Кипяток уничтожит большинство микробов.
- Когда будете готовы к сцеживанию, вылейте воду и сцедите молоко.

Выбор посуды для сцеживания



Неудобная емкость: трудно сцеживать молоко, не все струйки молока попадают в емкость

Подходящая емкость для сцеживания руками: широкое горлышко – легко «поймать» все струйки

Посуду для эффективного сцеживания грудного молока матери могут принести из дому, или попросить родственников, чтобы они принесли. Внимательно прочитайте слайд и запомните информацию.

Слайд 8. Молоко разбрызгивается! Выбор посуды для сцеживания

Удобная посуда для сцеживания – посуда с большим горлышком. Такая посуда будет «улавливать» все струйки молока.

Слайд 9. Техника сцеживания молока руками



Техника сцеживания грудного молока руками (см. слайд):

Научите мать стимулировать грудь перед сцеживанием самостоятельно. Не сцеживайте молоко за нее. Касайтесь матери только чтобы показать ей, что ей делать, и будьте аккуратными. Обучите ее:

- Тщательно мыть руки.

- Сесть или встать комфортно и держать контейнер рядом с грудью.

- Поставить пальцы на границу ареолы и «белой кожи». Большой палец противопоставлен указательному. Мать

поддерживает грудь остальными пальцами.

- Слегка надавите большим и указательным пальцами по направлению к груди. Мать не должна давить слишком глубоко, так как она может перекрыть млечные протоки.

- Сведите большой и указательный пальцы вместе и «прокатите» их по направлению к соску. Пальцы будут давить на большие протоки под ареолой. Иногда в лактирующей груди протоки можно прощупать. На ощупь они похожи на маленькие горошинки. Пальцы не должны ерзать по коже.

- Следует надавливать и отпускать и надавливать и отпускать. Это не должно причинять боль — если матери больно, значит, техника неправильная. Вначале молоко может не выходить, но после нескольких минут ритмичного сцеживания срабатывает рефлекс окситоцина и молоко начинает капать из груди. При активном окситоциновом рефлексом молоко может выделяться струйками.

- Через некоторое время надо поменять положение пальцев (повернуть их примерно на 90°) чтобы обеспечить более полное опорожнение и других сегментов груди

- Не трите грудь и не водите по ней пальцами, это может травмировать кожу. Движения пальцев должны быть «катающими».

- Не надо сжимать сам сосок. В соске молока нет! Давление или потягивание за сосок не поможет в сцеживании молока. Эффект такой же, как если бы ребенок сосал только сосок.

Слайд 10. Сцеживание молокоотсосом

Существуют различные виды молокоотсосов. Некоторые из них более

Сцеживание молокоотсосом

- Клинический электромолокоотсос:
 - Можно сцеживать две груди одновременно.
 - Не зависит от наличия молока матери
 - Можно регулировать силу и частоту щипков и вакуум
 - Дорогой
- Электрический молокоотсос:
 - Не зависит от наличия молока матери
 - Подходит для периодического сцеживания
 - Мотор не сильно далеко от груди или электрический молокоотсос
- Ручной молокоотсос:
 - Нужно время, чтобы научиться сцеживать эффективно
 - Зависит от выносливости матери
 - В некоторых моделях тяжело регулировать силу
- Ручной молокоотсос-груша:
 - Нельзя регулировать силу
 - Часто неэффективен
 - Может сильно травмировать грудь из-за сильной и переменной силы тяги

эффективны, чем другие. Важно, чтобы молокоотсос обеспечивал возможность регулировки вакуума (слишком сильная тяга может травмировать грудь).

Обратите внимание на то, что молокоотсос-груша может сильно травмировать грудь и его очень сложно качественно простерилизовать из-за того, что молоко попадает в саму резиновую грушу.

Слайд 11. Сцеживание не должно доставлять боль!

Сцеживание не должно доставлять боль!

При ручном сцеживании может быть больно из-за того, что:

- Мать слишком сильно давит и сжимает грудь
- Ее пальцы скользят по коже во время сцеживания
- Мать сдавливает сам сосок

При сцеживании молокоотсосом:

- Установлена слишком сильная тяга
- Молокоотсос создает постоянный, а не прерывистый уровень вакуума.
- Центр воронки молокоотсоса не совпадает с центром соска
- Внутренний диаметр воронки молокоотсоса слишком мал для соска матери

Сцеживание не должно причинять боль. Как и боль при кормлении, это сигнал, что что-то делается не так, как нужно. На слайде перечислены наиболее распространенные причины болезненности сцеживания.

Слайд 12. Длительность сцеживания

Длительность сцеживания

- Объясните матери, что в течение 1-2 минут сцеживания молоко будет выделяться по каплям, после чего молока прибудет больше из-за рефлекса окситоцина.
- Сцеживать одну грудь необходимо, по крайней мере, 3-5 минут (до уменьшения потока молока).
- После этого нужно перейти на другую грудь.
- После того, как поток молока из второй груди ослабнет, надо вернуться к первой и так далее.



- Мать может менять руки при сцеживании по мере их усталости.
- Чтобы эффективно сцедить молоко, понадобится не менее 20-30 минут, особенно в первые несколько дней.

Сцеживание грудного молока требует времени и терпения. Во время сцеживания мать должна мыслить позитивно.

Сцеживание грудного молока должно проходить в интимной обстановке, чтобы хорошо срабатывал рефлекс окситоцина. Отдельная комната или место для сцеживания, удобная мебель, чтобы мать могла присесть и разместить посуду для сцеживания, информационный плакат о технике сцеживания - все это наилучшим способом поможет матери эффективно сцедить молоко из груди.

Слайд 13. Как часто сцеживать грудное молоко?

Как часто сцеживать?

- Для установления лактации, чтобы кормить маловесного и больного новорожденного:
Начните сцеживать молоко на первый день после родов, как можно раньше. Ритм сцеживаний: обе груди каждые 3 часа, днем и ночью (8 сцеживаний в сутки)
- Для поддержания лактации, если ребенок не берет грудь:
Сцеживайте обе груди каждые 3 часа, включая ночные сцеживания
- Если через несколько недель сцеживания (когда ребенок не может сосать грудь) кажется, что количество молока уменьшается:
Очень часто сцеживайте молоко в течение нескольких дней (каждые 2 часа и даже чаще - каждый час) и, по крайней мере, каждые 3 часа ночью
- Если кормящая мама выходит на работу:
Кормите ребенка грудью и сцеживайте как можно чаще перед тем, как уйти на работу. Сцеживайте молоко на работе каждые 3 часа (учитывается и время дороги).
- Для устранения симптомов, таких как нагрубание и подтекание на работе:
Сцеживайте столько, сколько необходимо для облегчения

:

Вначале мать может сцедить только несколько капель молозива, но это способствует началу молокообразования, точно так же, как сосание ребенком груди после родов помогает началу секреции молока.

Мать должна сцеживать столько молока, сколько она может, и так часто, как

ребенок бы сосал грудь. Это должно происходить не реже чем каждые три часа, а также ночью. Если мать будет сцеживать молоко только несколько раз в день или с большими временными промежутками между сцеживаниями, она не сможет вырабатывать достаточно молока.

Иногда матери, чьи дети не могут сосать грудь (например недоношенный ребенок, ребенок в ПИТе), получают ошибочную рекомендацию сцеживать только одну грудь за одно сцеживание, а вторую «сохранять» на следующее. Такая рекомендация может привести к снижению выработки молока, потому что молоко нельзя копить. Следует рекомендовать каждый раз сцеживать обе груди

Слайд 14. Хранение сцеженного молока (1).

Хранение сцеженного молока (1)

Молоко при комнатной температуре
До 4 часов при температуре 27°C
До 10 часов при температуре 21°C
до 24 часов при 16°C (например, в термосумке с пакетами льда)

Хранение молока в холодильнике
5 дней при температуре 4°C

Хранение молока в морозильной камере
Две недели в морозильной камере холодильника
Три месяца в саморазмораживающейся морозильной камере
(храните подальше от дверей камеры).
Шесть месяцев в глубокой заморозке, поддерживающей температуру -19°C

Свежесцеженное грудное молоко можно хранить при комнатной температуре до 10 часов (молозиво или молоко, сцеженное в течение 6 часов после родов, можно хранить 12 часов при комнатной температуре).

Свежесцеженное молоко можно хранить при температуре немного ниже комнатной (например, в кулерной (охлаждающей) сумке с пакетами льда) до 24 часов. Если молоко хранилось при комнатной температуре до того, как его поместили в охлаждающую камеру, безопасное время хранения несколько уменьшается.

Свежее грудное молоко может храниться в холодильнике до 8 дней. Храните молоко в глубине холодильника, а не в дверце. Если молоко хранилось при комнатной температуре до того, как его поместили в холодильник, безопасное время хранения несколько уменьшается.

Свежее молоко можно хранить в морозильном отделении холодильника старого образца (открытая морозильная камера внутри холодильника) до 2 недель.

Свежесцеженное грудное молоко можно замораживать и хранить в отдельной морозильной камере холодильника в течение 3-6 месяцев, в зависимости от того, как часто открывали дверцу морозильной камеры. Храните молоко в глубине морозильной камеры.

Свежее молоко можно хранить в отдельной глубокой заморозке (морозильная камера, позволяющая удерживать температуру -18°C) в течение 6-12 месяцев..

Размороженное молоко нужно держать в холодильнике, оно может там сохраняться до 24 часов.

Слайд 15. Хранение грудного молока (2).

Хранение сцеженного молока (2)

- Можно смешивать для хранения молоко из разных сцеживаний. Каждую новую порцию надо охладить перед смешиванием. Срок хранения отсчитывается от времени сцеживания самой «старой» порции молока.
- Лучше всего замораживать молоко небольшими порциями.
- Наливая молоко для заморозки, оставляйте место в контейнерах (молоко расширяется при замораживании).
- Ставьте дату заморозки на каждом контейнере с молоком.

Свежесцеженное грудное молоко расслаивается на молоко и сливки. Необходимо аккуратно встряхнуть контейнер, чтобы смешать компоненты молока, перед тем как дать его ребенку.

Ранее считалось, что мать должна охладить свое свежесцеженное грудное молоко, перед тем как смешивать его со сцеженным и охлажденным ранее молоком. Но последние исследования показали, что свежесцеженное молоко можно доливать непосредственно в уже охлажденное молоко или находящееся в

холодильнике, если с момента сцеживания первой порции молока прошло не более 24 часов. В этом случае необходимо следовать рекомендациям по хранению на основании времени и даты сцеживания первой порции молока. Свежую порцию молока можно сцеживать непосредственно в молоко, стоявшее при комнатной температуре не дольше 10 часов. Это молоко необходимо потом использовать.

Свежесцеженное молоко, охлажденное в течение около получаса, можно добавлять к уже замороженному молоку, если его объем меньше, чем объем уже замороженного молока

Как использовать замороженное молоко?

- **Нельзя размораживать и подогревать молоко в микроволновой печи:**
 - Разморозка в микроволновой печи уничтожает некоторые антиинфекционные свойства грудного молока.
 - В молоке могут образовываться «горячие точки» - области очень сильно нагретого молока и ребенок может получить ожог
- Поместите контейнер с молоком в большую миску с теплой водой, либо под теплую проточную воду и нагрейте до комнатной температуры
- После кормления вылейте недоеденное ребенком молоко
- Размороженное молоко (если его не ел ребенок) может храниться в холодильнике еще сутки
- Не замораживайте повторно размороженное молоко

Слайд 16. Как использовать хранящееся молоко

Лучше всего размораживать молоко в холодильнике. На это уходит около 12 часов. Если вам необходимо разморозить молоко быстрее, подержите контейнер с молоком под струей воды, пока он постепенно не нагреется, или поместите его в миску с водой для постепенного нагревания.

Независимо от того, какой метод подогрева вы выберете, перед проверкой температуры молока перемешайте его (покрутите емкость с молоком, чтобы оно перемешалось).

Литература:

1. Infant and Young Child Feeding Counselling: An Integrated Course. *Trainer's Guide*, WHO, 2006
2. La Leche League's, "The Breastfeeding Answer Book" by Nancy Mohrbacher, IBCLC and Julie Stock, BA, IBCLC, 1997

Занятие 11

Уход за ребенком по методу кенгуру

Уход за ребенком по методу кенгуру – это способ выхаживания недоношенных новорожденных в контакте «кожа к коже» с матерью. Это эффективный и легкий в использовании метод, направленный на улучшение здоровья и состояния как недоношенных, так и доношенных детей.

Особенности этого метода таковы:

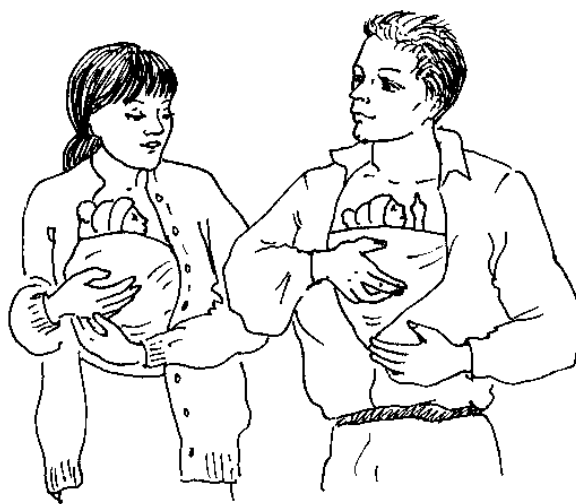
- ранний, продолжительный и постоянный контакт «кожа к коже» между матерью и ребенком;
- исключительно грудное вскармливание (в идеале);
- начинается в стационаре и можно продолжать дома;
- создает возможность для ранней выписки маловесных детей;
- дома матери необходима адекватная поддержка и последующее наблюдение;
- это неагрессивный, эффективный метод, при котором удается избежать возбуждения, которое постоянно возникает в переполненных палатах, где находятся недоношенные дети.

Этот метод был предложен педиатрами-неонатологами Реем и Манртинесом в Боготе, Колумбия, где он был разработан в качестве альтернативы выхаживанию в инкубаторах (которых в колумбийских больницах очень не хватало) для тех новорожденных, у которых первичные проблемы уже позади и которым необходимо только питаться и развиваться.

Доказательства эффективности и безопасности выхаживания по методу кенгуру существуют только для недоношенных новорожденных без медицинских проблем, так называемых стабильных новорожденных. Исследования и опыт указывают на то, что:

- Уход по методу кенгуру по крайней мере равноценен традиционному уходу (в инкубаторе) с точки зрения безопасности и теплозащиты в контексте смертности.
- Уход по методу кенгуру имеет значительные преимущества с точки зрения грудного вскармливания в случаях тяжелой заболеваемости.
- Уход по методу кенгуру способствует гуманизации неонатальной помощи, а также становлению уз между матерью и ребенком, как в развитых, так и в развивающихся странах.
- Исходя из этого, уход по методу кенгуру – это современный метод ухода, приемлемый в любой ситуации, даже там, где имеются дорогостоящие технологии и адекватный уход.
- Уход по методу кенгуру никогда не оценивался в домашних условиях.

Текущие исследования и наблюдательные исследования оценивают эффективность данного метода в ситуациях, где отсутствует неонатальная помощь или возможность перевода ребенка на более высокий уровень помощи, и где медицинские работники надлежащим образом подготовлены. В таких условиях выхаживание по методу кенгуру может предоставлять максимальные шансы на здоровое выживание ребенка.



Одежда для матери

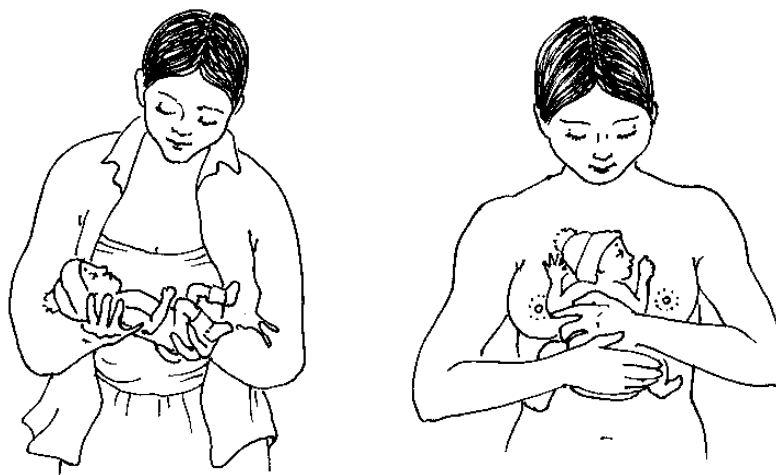
Мать может быть одета удобно и тепло, но под одеждой должен поместиться ребенок, то есть он должен находиться в тесном и удобном контакте с кожей матери. Специальная одежда не нужна, за исключением случаев, когда обычная слишком тесная.



Поддерживающая перевязь

Единственный предмет, необходимый специально для метода кенгуру — поддерживающая перевязь. Она нужна для того, чтобы мать могла безопасно носить ребенка прижатым к своей груди. Для того, чтобы сделать такую перевязь, необходим кусок ткани размером около 1 кв.м, сложить его вдвое по диагонали и надежно завязать узлом или закрепить под мышкой у матери. Поверх перевязи мать прикрывает ребенка своей собственной одеждой. Позже взамен материи мать сможет выбрать любой слинг. Все эти приспособления оставляют матери обе руки свободными, и она может свободно двигаться, держа при этом ребенка в контакте «кожа к коже».

Некоторые медицинские учреждения предпочитают выдавать матерям свои слинги, рубашки или перевязи.



Потребности ребенка

Когда ребенок постоянно получает уход по методу кенгуру, он не нуждается в большем количестве одежды, чем ребенок, получающий обычный уход. Если уход кенгуру не постоянный, между сеансами ухода кенгуру ребенка можно укладывать в теплую постель и накрывать одеялом.

Одежда для ребенка

Если температура окружающей среды составляет 22-24°C, ребенка носят в положении кенгуру раздетым, за исключением подгузника, теплой шапочки и носочков. Если температура опускается ниже 22°C, на ребенка надевают хлопчатобумажную распашенку без рукавов, которая расстегивается спереди, так чтобы лицо, грудь, живот, руки и ноги ребенка оставались в контакте с кожей груди и живота матери. После этого мать надевает свою обычную одежду, накрыв ею ребенка.



Все дети нуждаются в любви и уходе для нормального развития, но глубоко недоношенные дети требуют еще большего внимания для обеспечения нормального развития, так как они в течение недель и даже месяцев были лишены идеальной внутриутробной среды. Вместо этого в ходе первичного ухода они подвергаются стрессу от чрезмерного освещения, шума и болезненных вмешательств. Уход по методу кенгуру создает для ребенка идеальную среду - ребенка укачивают и обнимают, он слушает голос матери, пока та занимается своими повседневными делами. Создать такую благоприятную среду может также и отец. Медицинские работники отмечают важную роль поощрения матери и отца в выражении эмоций и любви к ребенку. Однако, если у ребенка имеются другие проблемы, связанные с преждевременным рождением или его осложнениями, может быть необходимо дополнительное лечение. Руководство по такому лечению можно найти в стандартных книгах или в руководстве ВОЗ *Ведение проблем новорожденного. Руководство для врачей, медицинских сестер и акушеров*.

Литература:

1. Kangaroo mother care: a practical guide. WHO, 2003
2. Dr. Nils Bergman: Restoring the Original Paradigm. Kangaroo Mother Care, South Africa, 2000

Занятие 12

ВИЧ и кормление детей

Слайд 2. Передача ВИЧ от матери к ребенку среди 100 ВИЧ-позитивных женщин



Этот слайд показывает передачу ВИЧ от матери к ребенку в наглядной форме. Представьте 100 женщин с ВИЧ. Среди беременных женщин ВИЧ передастся 7 детям. Еще 15-ти детям ВИЧ может передаваться время родов, и еще 15-ти детям – через грудное вскармливание, если матери будут кормить своих детей на протяжении 2 лет.

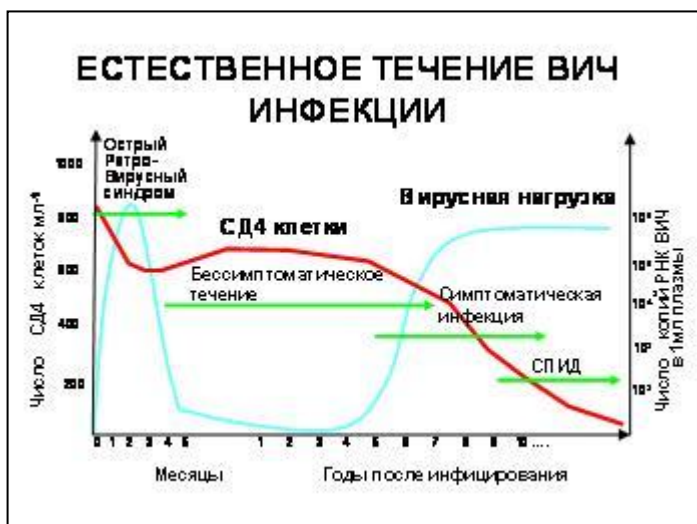
63 ребенка не станут ВИЧ-инфицированными, даже если они будут вскармливаться материнским молоком и, даже, если не будет проводиться никакая профилактика.

Слайд 3. Факторы риска передачи ВИЧ в постнатальном периоде

Факторы риска передачи ВИЧ в постнатальном периоде	
Мать	Ребенок
- Недавнее инфицирование - Высокая вирусная нагрузка в плазме и ГМ - Низкий уровень клеток CD4 - Воспалительные заболевания груди (мастит, абсцесс, раны на соске) - Повторное инфицирование - Устойчивость вируса к АРВ препаратам	- Длительное ГВ - Смешанное вскармливание - Молочница во рту - Воспалительные заболевания ЖКТ - Недоношенность - Общие заболевания

Этот слайд суммирует известные факторы риска передачи ВИЧ в постнатальном периоде. На слайде – две колонки – факторы риска для матери и для ребенка.

Слайд 4. Естественное течение ВИЧ инфекции



Число лимфоцитов CD4, и вирусная нагрузка (ВН) служат показателями прогрессирования ВИЧ-инфекции. Чем меньше число клеток CD4 в организме, тем тяжелее стадия ВИЧ инфекции.

Высокий уровень ВН отмечается при первичном инфицировании и при продвинутой стадии ВИЧ инфекции, когда число лимфоцитов CD4 снижается. Беременная или кормящая грудью женщина обладает большей вероятностью передать ВИЧ своему плоду или ребенку если у нее высокая

вирусная нагрузка (высокая концентрация РНК ВИЧ в 1 мл плазмы). Клинически это может не проявляться. Вирус может быть обнаружен в свободном состоянии в слюзи и грудном молоке, а также внутри лимфоцитов, содержащихся в этих биологических жидкостях.

При первичном инфицировании ВИЧ, когда в организме отсутствуют антитела к вирусу, инфекция быстро распространяется в организме, достигая максимального уровня числа ВН. Этот период называется острым ретровирусным синдромом.

Через 2-6 недель после инфицирования в организме начинают появляться антитела к ВИЧ и их наличие становится возможным определить серологическими методами. Обычно, через 3 месяца у большинства инфицированных можно определить антитела к ВИЧ.

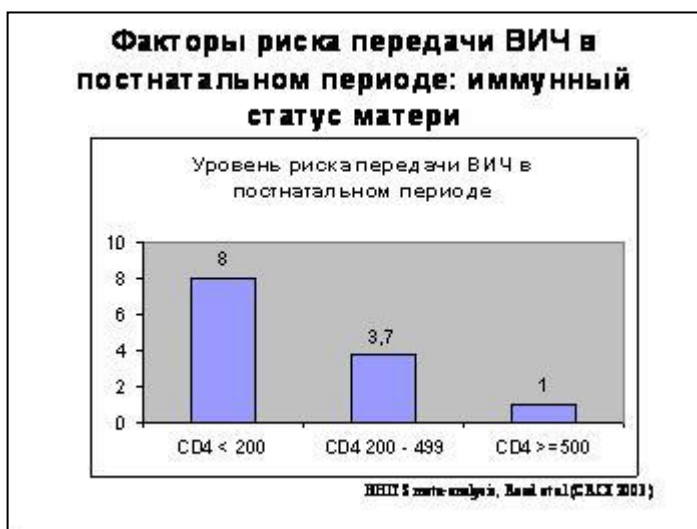
Далее уровень вирусной нагрузки снижается. Уровень клеток СД4 стабилизируется, - организм вырабатывает большее количество лимфоцитов в замен разрушенных вирусом. Этот период может длиться годами – стадия бессимптоматического течения.

Стадия развития СПИДа наступает, когда вирусная нагрузка начинает расти, а число клеток СД4 снижается.

С точки зрения риска передачи ВИЧ от матери к ребенку при недавнем инфицировании и на поздних стадиях болезни вероятность инфицирования ребенка возрастает, риск относительно ниже (но не исчезает совсем) при асимптоматическом течение инфекции. При инфицировании женщины вирусом, который устойчив к противовирусным препаратом (сложно установить в настоящее время), прием АРВ для профилактики вертикальной передачи может не дать ожидаемого результата, т.к. количество вирусных РНК в организме будет оставаться высоким.

Даже если женщина инфицирована ВИЧ при сохранении рискованного поведения она может заразиться повторно, что вызовет увеличение вирусной нагрузки и приведет к дополнительному риску передачи вируса ребенку.

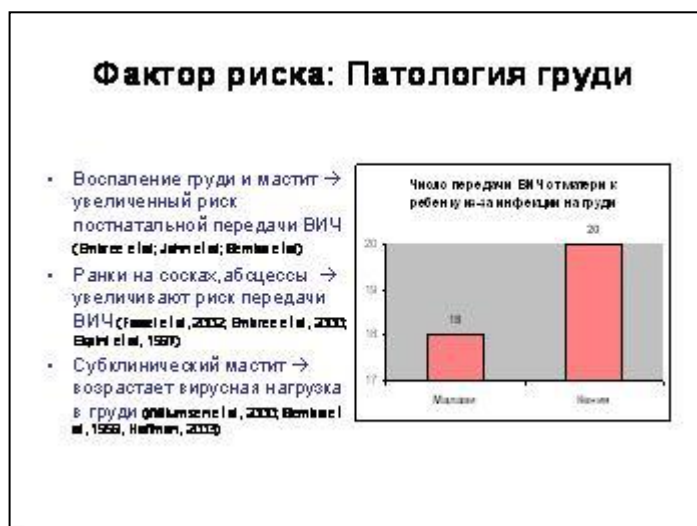
Слайд 5 Факторы риска передачи ВИЧ в постнатальном периоде: низкий уровень клеток СД4 у матери



риск передачи ВИЧ (3.7).

Если смотреть на уровень CD4 клеток, данный слайд показывает результаты мета-анализа, полученные из 9 регионов Африки (по данным 10-ой Конференции по Антиретровирусам и Оппортунистическим Инфекциям, Бостон, февраль 2003г.). После поправки на участки исследования, и пол ребенка, матери (во время беременности) с CD4 < 200 имели в 8 раз больше вероятности инфицировать своих малышей путем грудного вскармливания по сравнению с женщинами, у которых уровень CD4 был 500 и больше. Женщины с переходным уровнем CD4 (200-499) имели средний

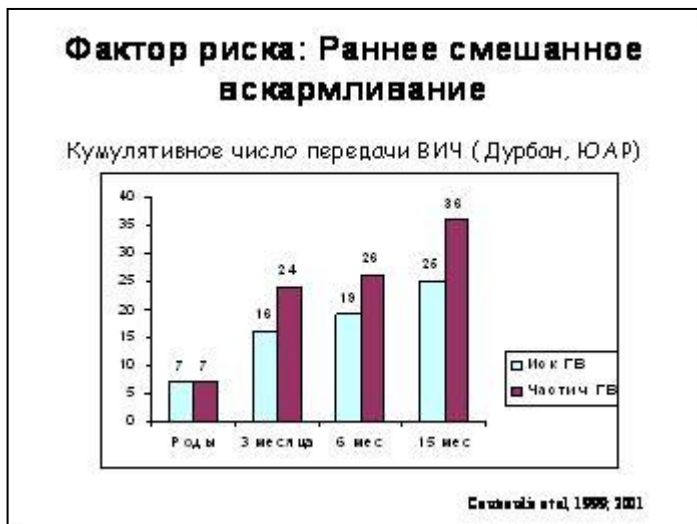
Слайд 6. Фактор риска: Патология груди



На слайде приведена литература по увеличенному риску передачи ВИЧ из-за разных проблем, связанных с грудью. Воспаление, мастит, ранки на сосках и абсцессы значительным образом связаны с передачей ВИЧ при грудном вскармливании. Не все относительные риски и конфиденциальные интервалы указаны здесь. Но график суммирует данные двух исследований. На нем видна доля передачи ВИЧ из-за мастита в Малави и Кении (18 и 20%). Если это

казуальная ассоциация и все дополнительные случаи передачи ВИЧ происходили во время грудного вскармливания, то можно предположить, что половина случаев передачи ВИЧ может происходить из-за проблем, связанных с грудью, которые можно предотвратить и вылечить. И последнее, мы знаем, что субклинический мастит ассоциируется с высокой вирусной нагрузкой в грудном молоке, что и приводит к высокой степени передачи вируса.

Слайд 7. Фактор риска: Раннее смешанное вскармливание



Существенный фактор риска передачи ВИЧ от матери к ребенку – смешанное вскармливание. На Слайде показаны данные исследования в Дурбане (ЮАР), предоставленные Анной Куцудис (Anna Coutoudis) и ее коллегами. График на слайде сравнивает кумулятивное число передачи ВИЧ детям, которые были на исключительном ГВ и смешанном кормлении до 3х месяцев. Уровень передачи ВИЧ при рождении был одинаков, но у детей на смешанном кормлении уровень постнатальной передачи ВИЧ был выше в 3, 6 и 15 месяцев по сравнению с детьми на исключительном грудном вскармливании.

В исследовании P. Iliff et al., (2005) раннее смешанное вскармливание (по сравнению с исключительно грудным вскармливанием) ассоциировалось с повышением риска в 4.03 (95% CI 0.98, 16.61), 3.79 (95% CI 1.40-10.29), и 2.60 (95% CI 1.21-5.55) соответственно в 6, 12 и 18 месяцев.

Слайд 7. Метод кормления и смертность детей, рожденных от ВИЧ+ матерей



Из того самого исследования, о котором говорилось ранее (только из более поздних публикаций), мы видим соотношение между методами кормления, заболеваемостью детей (а не передачей ВИЧ) и госпитализацией. Существенной разницы между заболеваемостью и методом кормления (исключительное ГВ и частичное ГВ) не было обнаружено. При сравнении кормления детей (которые когда-либо были на грудном вскармливании и которые никогда не кормились грудью) становится очевидно, что дети, которые никогда не вскармливались грудным молоком, чаще болели и попадали в

больницу в первые два месяца жизни. Обе эти разницы статистически достоверны. Таким образом, даже в контексте исследований отчетливо видно, что здоровье детей на искусственном вскармливании значительно уступает здоровью тех детей, которые кормились грудным молоком.

Слайд 8. Интервенции по предотвращению постнатальной передачи ВИЧ

Иммунізація ?

Решение по кормлению также должно учитывать **жизнеспособность**. Если сделан выбор в пользу заместительного

питания, то оно должно обеспечиваться в полном объеме (и днем и ночью), быть исключительным (без кормлений грудным молоком) до ввода прикорма.

И последнее, кормление должно быть **безопасным**.

Оба варианта кормлений должны соответствовать безопасным нормам: питание должно быть без контаминаций, питательным и социально безопасными.

В Африке, например, на женщин, которые не кормят грудью падает подозрение, и к ним проявляется стигма со стороны членов семьи и соседей, как к человеку, который ведет непристойный образ жизни, и у которого - ВИЧ. Эта стигма, в свою очередь, переносится и на ребенка, который, в любом случае, считается ВИЧ-положительным.

Слайд 12. Когда условия ВВДЖБ не возможны

Когда условия **ВВДЖБ** не возможны, существуют 3 варианта кормления ребенка ВИЧ+ матерью

✓ **Вариант 1:** Исключительное ГВ

Вариант 2: Пастеризованное ГМ

Вариант 3: Кормление женщиной ГМ, которая ВИЧ- негативна

Данный слайд констатирует рекомендации ВОЗ по питанию детей в случае, если невозможно соблюсти условия ВВДЖБ по кормлению детей.

Слайд 13. Когда условия ВВДЖБ осуществимы

Данный Слайд показывает варианты кормления детей, когда возможно соблюсти все условия ВВДЖБ. Эти варианты кормлений рекомендованы ВОЗ.

Когда условия **ВВДЖБ** осуществимы, тогда имеют место следующие рекомендации :

- **Практикуйте исключительное кормление смесями с самого рождения ребенка**
- **Не смешивайте кормления (никогда не кормите смесями, чередуя с ГВ)**
- **Используйте имеющиеся фабричные смеси, либо сами приготавливайте их**

Готовые (фабричные) смеси и смеси, которые нужно готовить в домашних условиях:

- Широко распространяется **СТИГМА** в Африке
- Доступ к чистой воде, адекватной гигиене и службам здравоохранения очень важны
- Очень важны четкие инструкции по безопасному приготовлению питания
- Затраты могут быть слишком высоки для многих малоимущих семей

Слайд 14. Фабричные смеси и смеси, которые приготавливаются в домашних условиях

Внимательно прочитайте информацию на слайде.

В ноябре 2009 года ВОЗ издала новые рекомендации по кормлению детей, рожденных от ВИЧ-положительных матерей.

НОВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ (ноябрь 2009г.)

(4 из 7 основных рекомендаций, которые не охвачены на данном занятии)

Рекомендация 1. Пересмотренные рекомендации ВОЗ по применению антиретровирусных препаратов для лечения беременных женщин и профилактики ВИЧ у детей.

Рекомендации предлагают две альтернативы для женщин, которые не находятся на антиретровирусной терапии и кормят грудью в сообществах с органиченными ресурсами:

1) Если женщина принимала AZT во время беременности, то ежедневный прием *Невирапина* рекомендуется для ребенка от рождения до окончания периода грудного вскармливания, ИЛИ

2) Если женщина принимала три-терапию во время беременности, то ей необходимо продолжать эту же терапию до окончания грудного вскармливания.

Рекомендация 2. Матери, с ВИЧ+ статусом, у которых дети с установленным ВИЧ-положительным статусом или неизвестным ВИЧ статусом) должны кормить детей исключительно грудным молоком до 6 месяцев, а после ввода прикорма, продолжить кормить детей грудным молоком до 12 месяцев. Затем грудное вскармливание прекращается с обеспечением рациона ребенка адекватным и безопасным питанием.

(Солідны исследования и доказательства по питанию детей до 6 месяцев, и менее солідные доказательства по питанию детей до 12 месяцев).

Рекомендация 3. Применение антиретровирусных препаратов для лечения беременных женщины и профилактики передачи ВИЧ детям (<http://www.who.int/hiv/topics/mtct/>)

Для всех ВИЧ-положительных матерей, которым нет необходимости в АРВ терапии, необходима АРВ профилактика для предотвращения передачи ВИЧ через грудное молоко:

Вариант А. Ежедневный прием Невирапина ребенком

Вариант Б. Три-терапия беременной женщине, начиная с 14 недель беременности и до окончания грудного вскармливания + 1 неделя.

Рекомендация 4. Если у детей установлен ВИЧ+ статус, матерям рекомендуется кормить своих детей исключительно грудным молоком до 6 месяцев, с продолжением грудного вскармливания до 2-х лет и более, согласно общих рекомендаций по грудному вскармливанию.

(Солідные рекомендации, среднее качество доказательств)

Дополнительная информация

Новые доказательства передачи ВИЧ через грудное вскармливание:

Исключительное грудное вскармливание до шести месяцев ассоциируется с 3-х-4-х кратным снижением передачи ВИЧ по сравнению с неисключительным грудным вскармливанием (3 когортных исследования, проводимых в Кот Девуар, ЮАР и Зимбабве).

Низкое содержание клеток CD4 у матерей, высокая вирусная нагрузка в грудном молоке и плазме, сероконверсия у матери во время грудного вскармливания и продолжительность грудного вскармливания – важные факторы риска постнатальной передачи ВИЧ и детской смертности.

Существуют сведения, что высокоактивная антиретровирусная терапия (HAART), для тех женщин, которым она необходима, может снизить риск постнатальной передачи ВИЧ (исследования проводились в Ботсване, Мозамбик и Уганде, подтверждающие исследования по эффективности этого метода находятся в процессе завершения).

Новые доказательства по заболеваемости и смертности

В медучреждениях, где обеспечивается антиретровирусная профилактика и свободное наличие смесей, риски инфекций и смертей к 18 месяцу жизни - одинаковы у детей, которые были на заместительном питании с самого рождения и детей, которые были на грудном вскармливании до 3-6 месяцев (Ботсвана, Кот Дзуар).

Раннее прекращение грудного вскармливания (до 6 месяцев) ассоциируется с увеличенным риском заболеваемости (особенно диареи) и смертности у детей, рожденных от ВИЧ+ матерей (исследование в Малави и незаконченные исследования в Кении, Уганде и Замбии).

Грудное вскармливание ВИЧ+ детей более шести месяцев, ассоциируется и улучшенными показателями выживаемости по сравнению с детьми, которые прекратили грудное вскармливание раньше (Предварительные данные исследования из Ботсваны и Замбии).

Литература:

1. Infant and Young Child Feeding Counselling: An Integrated Course. *Trainer's Guide*, WHO, 2006
2. HIV and Infant Feeding: Knowledge, Gaps and Challenges for the Future by Jay Ross (Policy Adviser, the LINKAGES Project, Academy for Educational Development), 2004
3. HIV and infant feeding Revised Principles and Recommendations, Rapid Advice, WHO, Nov. 2009
4. Iliff, Peter J; Piwoz, Ellen G; Tavengwa, Naume V; Zunguza, Clare D; Marinda, Edmore T; Nathoo, Kusum J; Moulton, Lawrence H; Ward, Brian J; Humphrey, Jean H; the ZVITAMBO study group Early exclusive breastfeeding reduces the risk of postnatal HIV-1 transmission and increases HIV-free survival. / AIDS: 29 April 2005 - Volume 19 - Issue 7 - p 699-708

Медикаменты и заболевания кормящей матери

На сегодняшний день вред искусственного вскармливания для матери и ребенка очевиден. У детей, которых НЕ кормят грудью, более часто встречаются такие состояния, как воспаление среднего уха, синдром внезапной детской смерти, диарея, пневмония и другие инфекции дыхательных путей, некротизирующий энтероколит, лимфома, инфекции мочевыводящих путей, диабет, а также более высокая частота сердечнососудистых заболеваний и таких воспалительных заболеваний, как язвенный колит и заболевание Крона в более старшем возрасте. Отказ от грудного вскармливания также увеличивает кровопотерю у матери в послеродовом периоде, замедляет инволюцию матки, увеличивает риск развития рака молочной железы, яичников и эндометрия, диабета 2 типа, заболеваний сердечно-сосудистой у матери в течение жизни.

Часто необходимость принимать медицинские препараты и/ или заболевание у матери становятся причиной прекращения грудного вскармливания, что подвергает мать и ребенка рискам, связанным с искусственным вскармливанием. Однако, большинство матерей могут продолжать кормить ребенка грудью и принимать лекарство без риска для ребенка. Но слишком часто медицинский персонал рекомендует матери прекратить грудное вскармливание, просто потому, что они не знают, безопасно ли его продолжать.

Слайд 2. Лекарства для кормящей матери (1)

Лекарства для кормящей матери (1)

- Многие лекарства безопасны для кормящих матерей
- Риски кормления смесями превышают риски кормления грудью с небольшим количеством лекарства в молоке

T. Hale Medications and Mother's milk: 2002

Распространенная причина прекращения грудного вскармливания – необходимость приема кормящей матерью медицинских препаратов, а также рекомендация врача прекратить грудное вскармливание. Часто ошибочно выбирают между «загрязненным» лекарством грудным молоком и «чистой», «безопасной» смесью. Однако у искусственного вскармливания есть свои собственные риски и почти во всех случаях риск кормления грудью с одновременным приемом медикаментов намного меньше рисков, связанных с отказом от грудного вскармливания.

- Например, матерей часто беспокоит

риск изменения кишечной флоры ребенка, если они будут принимать антибиотики и кормить грудью. Поэтому они считают, что лучше перейти на кормление ребенка молочной смесью. Конечно, НЕКОТОРЫЙ риск изменений кишечной флоры ребенка тем незначительным количеством антибиотика, который попадет в молоко, имеется. Но изменение микрофлоры кишечника произойдет в 100% случаев, когда ребенка начнут кормить молочной смесью, и ребенок будет подвергаться другим рискам, связанным с искусственным вскармливанием.

- «За редкими исключениями, концентрации медикаментов в грудном молоке чрезвычайно низкие, и доза медикамента, которую получает ребенок с грудным молоком, в большинстве случаев, полностью безвредна для ребенка.» (Hale, 2002).
- Многие медикаменты можно использовать для лечения кормящих матерей без прерывания грудного вскармливания.

Слайд 3. Лекарства для кормящей матери (2)

Лекарства для кормящей матери (2)

- По возможности, следует избегать использование медикаментов
- Необходимо следить за дозами, поступающими ребенку и проводить индивидуальную оценку риска
- Следует выбирать медикаменты, влияние которых на ребенка хорошо изучено

T.J.Hale Medication and Mother's milk: 2002

При назначении медикаментозного лечения кормящей матери необходимо взвесить пользу от приема медикаментов и риск отказа от кормления грудью или возможный риск подвергания ребенка действию медикаментов.

Американская академия педиатрии рекомендует:

«При назначении медикаментов кормящей матери следует задать себе такие вопросы:

1. Действительно ли необходимо медикаментозное лечение? Если медицинские препараты необходимы, врач матери должен проконсультироваться с педиатром и

определить, какой вариант выбрать.

2. Необходимо выбирать самый безопасный препарат, например, парацетамол вместо аспирина для обезболивания.

3. Если есть риск того, что препарат может представлять опасность для ребенка, следует рассмотреть вопрос измерения его концентрации в крови ребенка.

4. Если мать будет принимать медицинский препарат непосредственно после того, как она покормила ребенка грудью или сразу же перед долгим сном ребенка, это поможет минимизировать попадание медицинского препарата ребенку с грудным молоком».

Лучше использовать те препараты, которые обычно используются в педиатрической практике и считаются безопасными для детей. Следует отметить, что содержание такого препарата в молоке кормящей матери обычно будет существенно ниже, чем то, что непосредственно получают младенцы при лечении этим препаратом.

Слайд 4. Факторы, влияющие на поступление лекарств в грудное молоко

Факторы, влияющие на поступление лекарств в молоко

- Уровень препарата в плазме у матери
- Растворимость препарата в липидах и содержание жира в молоке
- pH препарата и pH молока
- Размер молекулы и молекулярный вес препарата
- Связь препарата с белками в материнской плазме
- Период полувыведения препарата из организма матери

T.J.Hale Medication and Mother's milk: 2002

Знание факторов попадания медицинских препаратов в грудное молоко помогает выбрать из ряда аналогов лекарство, наиболее безопасное для кормящей матери.

Медицинские препараты которые больше связаны с белками плазмы крови матери проникают в молоко в меньших концентрациях, например, варфарин.

Масса молекулы также влияет на проникание препарата в молоко матери. Гепарин является примером медицинского препарата, который не может попасть в грудное молоко по причине большой массы молекул.

Медицинские препараты с низкой

способностью преодолевать гематоэнцефалический барьер также имеют низкую способность проникновения в грудное молоко (например, домперидон). Поэтому такие препараты более предпочтительны, чем те, которые больше проникают через гематоэнцефалический барьер.

Слайд 5. Поступление медицинских препаратов в грудное молоко

Поступление лекарств в молоко

- Медикаменты поступают в молоко в основном путем диффузии
- Поступление препарата в молоко и его выход из молока в большинстве случаев определяется изменением концентрации препарата в плазме крови матери
- Концентрация препарата в плазме растет → увеличивается концентрация препарата в молоке (препарат поступает в молоко)
- Концентрация препарата в плазме падает → концентрация препарата в молоке тоже падает (медикамент выводится из молока)
 - Некоторые медикаменты задерживаются в молоке из-за своего рН (как барбитураты) или активно концентрируются в молоке (йод) — из-за того, что у лактоцитов есть специальная транспортная система для «закачки» йода в молоко

T.Hale Medication and Mother's milk: 2002

в грудном молоке. Содержание препарата в грудном молоке может в 20 и больше раз превышать его содержание в плазме матери.

Слайд 6. Размышления по использованию медикаментов при ГВ (3)

Размышления по использованию медикаментов при ГВ (3)

- Выбирайте для кормящей матери лекарство:
 - с коротким временем полувыведения
 - которое как можно больше связывается с белками в плазме
 - которое имеет низкую оральную биодоступность либо высокий молекулярный вес
- Маме надо посоветовать принимать лекарство сразу после кормления, желательно в такое время, когда промежуток до следующего кормления будет больше, чтобы ребенок пропустил время пика лекарства в молоке.
- Иногда может понадобиться приостановление кормления на несколько часов/дней, особенно при использовании препаратов с радиоактивными составляющими
- Будьте более осторожны с недоношенными или маловесными детьми

T.Hale Medication and Mother's milk: 2002

Содержание в грудном молоке большинства медикаментов изменяется параллельно тому, как меняется их концентрация в плазме крови матери. Соответственно, при уменьшении концентрации препарата в плазме крови матери, концентрация его в молоке тоже падает.

Поэтому, к примеру, нет необходимости сцеживать грудное молоко, если матери проводилась местная анестезия для удаления зуба. Когда мать вернется домой из клиники, она может просто продолжить грудное вскармливание.

Следует избегать приема препаратов йода, так как они активно накапливаются

Влияние медикаментов на ребенка может быть снижено, если матери пропишут препараты, которые:

- Имеют более короткий период полувыведения
- Как можно больше связаны с белками плазмы
- Хуже усваиваются orally
- Ребенок получит меньше препарата, если мать будет избегать грудного вскармливания во время пика концентрации препарата в сыворотке крови матери, и будет кормить, когда концентрация препарата у нее в крови низкая
- Ребенок получит меньше препарата,

если матери будет назначаться местное лечение, когда возможно.

Матерям недоношенных или просто ослабленных детей необходимо назначать лекарства с осторожностью, чтобы избежать аккумуляции препарата и токсичности для таких детей.

Слайд 7. Пример: Использование метронидазола

Пример: применение метронидазола

- При внутривенной и оральной терапии матери, ребенок на грудном вскармливании получает меньше дозы метронидазола, чем тот ребенок, которому лечили инфекции
- Уровень медикамента в плазме и его метаболита обнаруживаются в плазме ребенка, но этот уровень меньше уровня матери.
- Многочисленные исследования демонстрируют отсутствие негативных эффектов на ребенка, чья мать получает метронидазол и кормит грудью.
- Для кормящих матерей Американская Академия Педиатрии рекомендует прекращение ГВ на 12-24 часа только после принятия однократной дозы препарата в 2 грамма матерью
- Местное и вагинальное применение метронидазола при ГВ вряд ли может быть предметом беспокойства

T.Hale Medication and Mother's milk: 2002
U.S. National Library of Medicine,
National Institutes of Health,
Department of Health & Human Services

Метронидазол часто назначают кормящим матерям в родильном доме. Метронидазол в низких дозах (200-400 мг orally 3 раза в день) или при местном нанесении совместим с грудным вскармливанием. При однократном лечении метронидазолом в высокой дозе (2 г) Американская академия педиатрии рекомендует воздержаться от грудного вскармливания на период от 12 до 24 часов.

Слайд 8. Пример: Использование амоксиклава (амоксицилин + клавулат)

**Пример: Применение амоксиклава
(Амоксициллин + Клавулат)**

- Антибиотик пенициллинового ряда широкого спектра действия
- Небольшое количество амоксициллина секретируется в ГМ (0.9 мг/литр молока)
- Не было подтверждено негативных эффектов
- Безопасно для применения при ГВ
- Наблюдать на предмет диареи, сыпи

T.J.Hale Medication and Mother's milk: 2002
U.S. National Library of Medicine,
National Institutes of Health,
Department of Health & Human Services

Амоксиклав безопасен для кормящих матерей, как и многие другие антибиотики.

Дополнительная информация

Препараты пенициллиновой и цефалоспориновой группы совместимы с грудным вскармливанием. Аминогликозиды не всасываются при оральном применении, поэтому они также не противопоказаны кормящим матерям.

Разрешается краткосрочное (до 3 недель) назначение антибиотиков тетрациклиновой группы.

Слайд 9. Мать может продолжать грудное вскармливание

Можно продолжать кормить грудью, если у матери

- Респираторные инфекции, грипп
- Диарея, гастроэнтерит
- Гепатит
- Мастит, абсцесс на груди
- Стафилококк
- Простой герпес (в случае высыпаний на ареоле или соске ребенку не нужно давать эту грудь до момента заживления ранки. Сцеживать молоко!)
- ИППП
- Корь
- Краснуха
- Аутоиммунные заболевания
- Необходимость в операции

R. Lawrence & R. Lawrence, Breastfeeding: A guide for medical personnel 2006
N.Morcheher, J.Loscoe Breastfeeding Answer Book 1997

Обратите внимание на список распространенных состояний, при которых грудное вскармливание не противопоказано.

Канадский эксперт Джек Ньюмен (Dr. Jack Newman) пишет:

«Очень немногие заболевания у матери требуют прекращения грудного вскармливания. Это особенно касается инфекций, которые могут быть у матери, а инфекции – не самые распространенные заболевания, по причине, которым матерям могут порекомендовать прекратить грудное вскармливание. Большинство инфекций имеют вирусное происхождение, и из-за

вирусов большинство инфекций контагиозны, даже когда мать еще и не знает о своей болезни. К тому времени пока у матери возникнет лихорадка (или насморк, или диарея, или кашель, или сыпь, или рвота и т.п.), она, возможно, уже передала инфекцию ребенку. Однако, грудное вскармливание защищает ребенка от инфекции, и, поэтому, матери необходимо продолжать грудное вскармливание, чтобы защитить ребенка. Если ребенок заболеет, что тоже возможно, существует большая вероятность того, что заболевание будет протекать в более легкой форме, чем при отсутствии грудного вскармливания. Но часто матери остаются приятно удивлены тем фактом, что ребенок вообще не заболел. Ребенка защитило грудное вскармливание, которое не прекратила мать. По этим же причинам бактериальные инфекции (например, стрептококковая ангина) также не являются поводом для беспокойства».

Дополнительная информация

Национальный центр профилактики хронических заболеваний и здоровья (США) дает следующие рекомендации по грудному вскармливанию для матерей с гепатитом В и С⁵ (<http://www.cdc.gov/breastfeeding/disease/hepatitis.htm>). Используйте эту информацию, отвечая на вопросы участников.

Инфекция вирусом гепатита В

Может ли мать с гепатитом В кормить грудью ребенка сразу же после родов?

Да. Даже до получения вакцины против гепатита В, случаев передачи гепатита В с грудным молоком зарегистрировано не было. Все дети, родившиеся от матерей с вирусом гепатита В, должны получить иммуноглобулин от гепатита В и первую дозу вакцины против гепатита В в первые 12 часов жизни. Вторая доза вакцины вводится в возрасте 1-2 месяца, а третья – в возрасте 6 месяцев. По завершении серии вакцинации ребенку следует провести анализ в возрасте 9 – 18 месяцев (как правило, в рамках очередного профилактического визита), чтобы определить эффективность вакцинации и не инфицировался ли ребенок гепатитом В через кровь матери в процессе рождения. Однако, нет необходимости откладывать грудное вскармливание до момента, пока ребенок не получит все прививки. Все кормящие матери должны тщательно ухаживать за сосками, чтобы избежать трещин и кровотечений.

Инфекция: вирус гепатита С

Может ли мать с гепатитом С кормить грудью ребенка?

Да. Случаев передачи вируса гепатита С с грудным молоком зарегистрировано не было. Поэтому инфекция гепатитом С не является противопоказанием к грудному вскармливанию. Гепатит С передается с зараженной кровью, а не с грудным молоком. На сегодняшний день нет доказательств того, что вирус гепатита С передается с грудным молоком.

Можно ли матери с гепатитом С кормить ребенка грудью, если у нее имеются трещины и кровоточивость сосков?

Недостаточно данных, чтобы дать утвердительный или отрицательный ответ. Однако, гепатит С передается с зараженной кровью. Поэтому, если у матери с гепатитом С имеются трещины сосков и/или окружающей ареолы, а также кровоточивость, она должна временно прекратить кормить ребенка грудью. Вместо этого матери лучше сцеживать молоко, пока у нее не заживут соски. Когда трещины заживут и кровотечение прекратится, мать с гепатитом С сможет полностью возобновить грудное вскармливание.

Слайд 10. Состояния у матери, которые оправдывают отказ от грудного вскармливания

Состояния здоровья матери, которые могут оправдывать некормление грудью

- Состояния здоровья матери, которые могут оправдывать окончательную остановку ГВ:
 - ВИЧ-инфекция: если женщина не получает эффективного лечения, выполняющего функцию барьера между матерью и ребенком, она должна прекратить грудное вскармливание и принимать антиретровирусные препараты на протяжении всего периода кормления ребенка грудью.
- Состояния здоровья матери, которые могут оправдывать временную приостановку ГВ:
 - Тяжелая Селезенка, которая не позволяет матери заботиться о себе и ребенке, например: ее отсутствие.
 - Седативные или психотропные препараты, антикоагулянты, антиагреггационные препараты, которые могут вызвать побочные эффекты, такие как кровотечения, респираторная депрессия – только препараты нужно использовать, если нет альтернатив.
 - Цитостатическая химиотерапия – следует приостановить ГВ на время терапии.
 - Радиационный йод-131 – лучше избегать приема или этого препарата, если есть более безопасные альтернативы. Мать может возобновить ГВ через 32 недели после приема данного препарата.

WHO Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes 2009

Большинство из состояний, указанных на слайде - преходящие, и мать может кормить грудью (продолжить кормление, если она сцеживает молоко, или возобновить лактацию) после улучшения состояния.

⁵ Reference: CDC. Recommendations for prevention and control of Hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-related chronic disease. MMWR, October 16, 1998, 47(RR-19):1–39.

Литература:

1. American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*. 2001;108:776-89.
2. Anon. An evaluation of metronidazole in the prophylaxis of anaerobic infections in obstetrical patients. *J Antimicrob Chemother*. 1978;4:55-62.
3. CDC. Hepatitis B and C Infections FAQ
4. Chung AM, Reed MD, Blumer JL. Antibiotics and breast-feeding: a critical review of the literature. *Paediatr Drugs*. 2002;4:817-37.
5. Erickson SH, Oppenheim GL, Smith GH. Metronidazole in breast milk. *Obstet Gynecol*. 1981;57:48-50.
6. Gray MS, Kane PO, Squires S. Further observations on metronidazole (Flagyl). *Br J Vener Dis*. 1961;37:278-9.
7. Heisterberg L, Branebjerg PE. Blood and milk concentrations of metronidazole in mothers and infants. *J Perinat Med*. 1983;11:114-20.
8. J.Newman Breastfeeding and Illness 2009
9. J.Newman Breastfeeding and Medications 2009
10. J.Riordan Breastfeeding and Human Lactation. 3rd ed. 2005
11. Passmore CM, McElnay JC, Rainey EA et al. Metronidazole excretion in human milk and its effect on the suckling neonate. *Br J Clin Pharmacol*. 1988;26:45-51.
12. R. Lawrence & R Lawrence. Breastfeeding. A guide for medical profession 2005
13. T.Hale Medications and Mother's milk 2002
14. U.S. National Library of Medicine, National Institutes of Health, Department of Health & Human Services
15. Zhang Y, Zhang Q, Xu Z. [Tissue and body fluid distribution of antibacterial agents in pregnant and lactating women]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 1997;32:288-92.

Навыки консультирования: формирование уверенности у матери по грудному вскармливанию

Навык 1. Принимать то, что думает и чувствует мать

- Иногда, матери думают, что медработники с ними не соглашаются, и что они делают какие-то ошибки по уходу за своими детьми.
- Матери, иногда, расстраиваются, а медработники думают, что они расстраиваются по пустякам.
- Когда мать чувствует, что она делает что-то неправильно и у нее не получается исправить самой, она может замкнуться и ничего не сказать.
- Здесь важно не спорить с матерью.
- Вы можете предложить различные варианты.
- Важно принять то, что думает и чувствует мать. Принимать – значит отвечать ей нейтральным способом (а не возражать или соглашаться).

ДЕМОНСТРАЦИЯ I – ПРИНЯТИЕ ТОГО, ЧТО ДУМАЕТ И ЧУВСТВУЕТ МАТЬ

Мать: “У меня нежирное молоко и я должна давать малышу смесь”

Медработник: “Ни в коем случае! Молоко никогда не бывает нежирным. Оно просто так выглядит” (кивает и улыбается).

Мать: “У меня нежирное молоко и я должна давать малышу смесь”

Медработник: “Да, нежирное молока – это проблема”

Мать: “У меня нежирное молоко и я должна давать малышу смесь”

Медработник: “Понятно. Вы беспокоитесь о своем молоке”

- Отражение слов матери и простые ответы – это полезные способы показать принятие суждения матери.
- Проще говоря, эмпатия Вам поможет принимать суждения матери и ее чувства.
- Если мать беспокоится или расстроена по любому поводу, вы можете сказать «Не расстраивайтесь, здесь не о чем беспокоиться». Она может почувствовать, что она была права, расстраиваясь.
- Это снижает уверенность матери в ее способности принимать решения.

ДЕМОНСТРАЦИЯ II – ПРИНЯТИЕ ТОГО, ЧТО ЧУВСТВУЕТ МАТЬ

Мать (в слезах): “Это ужасно. (Имя ребенка) простудился, у него заложен нос, и он не может брать грудь. Он постоянно плачет, и я не знаю, что делать”.

Медработник: “Не волнуйтесь, у Вашего ребенка все в порядке”.

Мать (в слезах): “Это ужасно. (Имя ребенка) простудился, у него заложен нос, и он не может брать грудь. Он постоянно плачет, и я не знаю, что делать”.

Медработник: “Не плачьте – вы же взрослая женщина. С (имя ребенка) все будет хорошо”.

Мать (в слезах): “Это ужасно. (Имя ребенка) простудился, у него заложен нос, и он не может брать грудь. Он постоянно плачет, и я не знаю, что делать”.

Медработник: “Вы расстроились из-за своего (имя ребенка), правда?”

Навык 2. Хвалить мать и ребенка за то, что они делают правильно

- Как медработников, в первую очередь, нас обучали выявлять проблемы. Часто, это приводит к тому, что мы обращаем внимание на то, что люди делают неправильно и пытаемся их исправить.
- Мать может почувствовать, что она – плохая мать, и это снизит ее уверенность.
- Как консультанты, мы, в первую очередь, должны увидеть то, что мать и ребенок делают *правильно* и похвалить их.
- Когда вы хвалите, вы добиваетесь следующего:
 - формируется уверенность у матери
 - это придает ей вдохновения продолжать применять эти хорошие практики дальше
 - для матери легче будет принимать все то, что вы будете ей предлагать.

В некоторых ситуациях сложно разобрань, что мать делает правильно. Любая мать желает для своего ребенка самого наилучшего и делает для этого все, вне зависимости от социально-экономического статуса и образования.

Навык 3. Предоставить практическую помощь

- Иногда практическая помощь лучше, чем какие-либо слова. Например, в случае если:
 - Мать чувствует себя усталой, ей некомфортно или ей нужно принять душ
 - Она хочет кушать или пить
 - Она получила много информации от медработников
 - Ей нужна четкая практическая помощь.
- Некоторые способы предоставления практической помощи:
 - Помогите матери почувствовать комфортно (например: посидите с ребенком, пока мать сходит в туалет и примет душ)
 - Дайте ей покушать и попить
 - Помогите ей подняться с постели, в случае эпизиотомии или операции кесарева сечения.
- Также практическая помощь включает помощь с: прикладыванием ребенка к груди, позицией матери при кормлении, сцеживанием, облечением нагрудника груди, приготовлением смеси и прикорма.

Какой ответ более подходящий?

- “Вам следует позволить своему ребенку больше сосать грудь, для того чтобы молоко прибыло”
- “Позвольте мне помочь Вам удобнее расположиться, и затем я Вам принесу что-то попить”

Навык 4. Дать немного уместной информации

- Матерям часто нужна информация о кормлении ребенка. Вы можете поделиться своими знаниями с ними и исправить неверные суждения.
- Однако медработники владеют большим багажом информации, и они думают, что они должны все рассказать матерям.
- Этот навык объясняет, как правильно узнать то, что не хватает матери в данный момент и как предоставить ей немного информации, чтобы она ее запомнила.
- Попробуйте дать ей необходимую информацию, которая ей нужна в данный момент (а не ту информацию, которая ей понадобится через неделю).
- Информация о трудностях по уходу за ребенком – самая уместная информация.
- Попробуйте дать информацию в 2-3 пунктах, иначе матери будет тяжело запомнить больше информации, особенно, если она устала и получила много другой информации.
- Предоставляйте информацию, избегая какой-либо критики, чтобы мать не почувствовала, что она делает что-то неправильно.
- Например, вместо фразы «*Эта каша не подходит Вашему малышу*», скажите «*Плотная еда помогает ребенку расти*».

Пред подачей информации, сформируйте уверенность у матери. Принимайте все, что она говорит и хвалите то, что она делает правильно. Вам нет необходимости сразу же исправлять ошибки матери.

Какое из выражений несет позитивный смысл?

- “Вы поступили правильно, спросив перед тем, как принять решение. Диарея обычно прекращается быстрее, если Вы продолжаете кормить ребенка грудью”.
- “Ни в коем случае не прекращайте грудное вскармливание. Ребенку от этого будет хуже”.

Навк 5. Использовать простые слова

- Медработники, владея большим объемом информации, зачастую использует сложные научные слова, которые для них вполне естественны. Иногда они забывают, что простые люди могут не знать значения тех или иных научных слов.
- Объясняя что-то матери, важно употреблять простые, знакомые для нее слова.

ДЕМОНСТРАЦИЯ III – ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРОСТЫЕ СЛОВА

Медработник: “Доброе утро (имя). Чем я могу быть Вам полезен сегодня?”

Мать: “Не могли бы рассказать, какую пищу мне нужно вводить ребенку. Ей уже исполнилось 6 месяцев”.

Медработник: “Я рада, что Вы спросили. Тут дело обстоит так. Многим детям необходимо больше питательных веществ к шести месяцам, чем только грудное молоко, поскольку в грудном молоке - менее 1 миллиграмма абсорбирующего железа и в нем, также, 450 калорий. а нужно 700 калорий. Также нужно больше Витамина А, цинка и других компонентов, чем содержится в грудном молоке ”.

“И если Вы вводите пищу, которая приготовлена в нестерильном виде, это может увеличить риск диареи, а если Вы будете давать ребенку низкокалорийную пищу, он не будет набирать в весе”.

ДЕМОНСТРАЦИИ IV – ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРОСТЫЕ СЛОВА

Медработник: «Доброе утро (имя). Чем я могу Вам помочь?»

Мать: “Моей дочке уже 6 месяцев. Не могли Вы бы рассказать, какую пищу ей нужно давать сейчас? ”.

Медработник: “Вы задумываетесь над тем, что лучше давать вашему малышу. Я рада, что вы пришли поговорить об этом. Лучше всего начать прикорм с небольшого количества каши, чтобы ребенок привыкал к разным вкусовым свойствам. Начните с 1 ложки каши в первой половине дня”.

Навык 6. Дать одну или две рекомендации (не наставления)

- Вы можете решить, что мать что-то делает по-другому, и вы хотите ей помочь. Например, она часто кормит своего ребенка или позиция при кормлении грудью не совсем подходящая.
- Здесь вы должны быть осторожными в предоставлении помощи: не следует наставлять мать и тем более заставлять делать что-то по-другому, так как в этом случае она может разувериться в своих силах.
- При консультировании матери, вы рекомендуете ей ту или иную практику, и она делает свой выбор. Это позволяет ей держать свои чувства под контролем и чувствовать себя более уверенной.

Рекомендация или наставление?

- “Вы должны кормить Анну по крайней мере 10 раз в день”
- “Возможно, Анна набрала бы вес, если бы Вы кормили ее чаще”

НАВЫКИ ФОРМИРОВАНИЯ УВЕРЕННОСТИ

- ☐ Принимать все, что говорит и чувствует мать
- ☐ Хвалить мать и ребенка за то, что они делают правильно
- ☐ Предоставить практическую помощь
- ☐ Дать немного уместной информации
- ☐ Использовать простые слова
- ☐ Дать 1-2 рекомендации (не наставления)

Литература:

1. Кормление младенцев и детей. Интегрированный курс. Тренинговый модуль. ВОЗ, 2006

Оценка грудного вскармливания в родильном стационаре

Форма оценки грудного вскармливания в родильном стационаре (см Приложение 2).

Эта форма разработана для того, чтобы помочь руководству родильного стационара оценить эффективность практик грудного вскармливания и навыков консультирования медработников, которые консультируют женщин по вопросам лактации и ухода за ребенком в родильном стационаре.

Форма оценки грудного вскармливания состоит из следующих разделов: общее наблюдение в родильном зале, интервью с матерью в родильном зале (через 1-2 часа после рождения ребенка), оценка прикладывания ребенка к груди в родильном зале, интервью с медицинскими работниками в родильном зале, оценка навыков консультирования медицинских работников, наблюдение в послеродовом отделении, наблюдение за положением матери и прикладыванием ребенка к груди во время кормления, а также интервью с матерью в послеродовом отделении.

Форма оценки грудного вскармливания поможет понять, что делается правильно и что неправильно в плане грудного вскармливания, чтобы руководство медицинского учреждения могло принять необходимые решения по оптимизации практик грудного вскармливания в учреждении.

Участники оценки должны:

- Вести себя тихо в роддоме, где они будут работать;
- Придерживаться правил, принятых в роддоме: напр., надевать медицинские халаты, бахилы, маски, если это необходимо;
- Быть вежливыми, готовыми оказать помощь;
- Обязательно объяснить матери или медицинскому работнику цель своего задания, до того как задавать вопросы или наблюдать за кормлением;
- Воздерживаться от суждений или комментариев по поводу практик в отделениях, которые могут показаться им ненадлежащими или неправильными;
- После завершения работы вернуться в классную комнату, а не бродить по роддому.

Литература:

1. Форма оценки грудного вскармливания, Проект «Здоровье матери и ребенка», JSI, 2009

Приложение 1.

Форма наблюдения грудным вскармливанием

Имя матери _____ Дата _____
 Имя ребенка _____ Возраст ребенка _____

Признаки того, что грудное вскармливание проводится правильно		Признаки возможных трудностей	
√	МАТЬ	√	МАТЬ
	Мать выглядит здоровой		Мать выглядит больной или в депрессии
	Мать расслаблена, ей удобно		Мать напряжена, ей неудобно
	Признаки связи между матерью и ребенком		Нет зрительного контакта между матерью и ребенком
	РЕБЕНОК		РЕБЕНОК
	Ребенок выглядит здоровым		Ребенок выглядит сонным или больным
	Ребенок спокоен и расслаблен		Ребенок беспокоен, плачет
	Ребенок тянется к груди или ищет грудь, когда голоден		Ребенок не тянется к груди или не ищет грудь
	МОЛОЧНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ		МОЛОЧНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ
	Грудь выглядит здоровой		Покраснение, припухлость, болезненность молочных желез
	Мать не ощущает боли или дискомфорта		Болезненность груди или сосков
	Мать правильно поддерживает грудь пальцами		Мать держит грудь пальцами за ареолу рядом с соском.
	ПОЛОЖЕНИЕ РЕБЕНКА		ПОЛОЖЕНИЕ РЕБЕНКА
	Голова и тело ребенка находятся в одной плоскости		Шея и голова ребенка вывернуты во время кормления
	Тело ребенка прижато к телу матери		Тело ребенка не прижато к телу матери
	Мать поддерживает все тело ребенка		Мать поддерживает только голову и шею ребенка
	Перед прикладыванием сосок матери направлен в нос ребенка		Перед прикладыванием сосок матери указывает в рот/подбородок ребенка
	ПРИКЛАДЫВАНИЕ РЕБЕНКА		ПРИКЛАДЫВАНИЕ РЕБЕНКА
	Ареола больше видна над верхней губой ребенка		Ареола больше видна из-под нижней губы ребенка
	Рот ребенка широко раскрыт		Рот ребенка не раскрыт широко
	Нижняя губа вывернута наружу		Губы ребенка выпячены трубочкой или ввернуты вовнутрь
	Подбородок ребенка касается груди		Подбородок ребенка не касается груди
	СОСАНИЕ		СОСАНИЕ
	Медленные глубокие сосательные движения, с паузами		Быстрые поверхностные сосательные движения
	Во время сосания щеки ребенка округлены		Во время сосания щеки втягиваются вовнутрь
	Когда ребенок закончил кормление, он сам отпускает грудь		Мать отнимает ребенка от груди
	Мать замечает у себя признаки окситоцинового рефлекса		Мать не замечает у себя признаков окситоцинового рефлекса

Приложение 2.

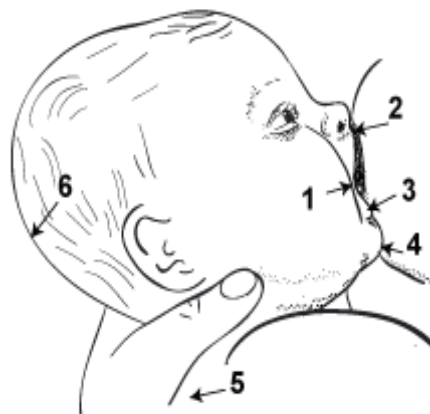
Оценка грудного вскармливания в родильном стационаре

Оценка грудного вскармливания в родильном стационаре (для 5 раз)

Наблюдение в родильном зале (1-2 часа после рождения ребенка)	1		2		3		4		5	
<i>Общее наблюдение</i>	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
Женщина с партнером (партнерские роды)										
В родильном зале присутствует медицинский работник										
Женщина расслаблена, ей комфортно в кровати										
В родзале тепло (25°C или выше)										
В родзале имеется плакат по грудному вскармливанию										
Мать и ребенок лежат в контакте «кожа к коже»										
Ребенок одет в шапочку и носочки и накрыт одеялом										
Температура ребенка 36.5°C-37.5°C										
Всего: 8										

Спросите мать в родильном зале	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
Это Ваш первый ребенок, которого Вы кормите грудью?										
Если ребенок не сосет грудь	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
Ваш ребенок уже прикладывался к груди?										
Помог ли Вам кто-либо из медицинского персонала приложить ребенка к груди?										
Объяснил ли Вам кто-либо из медицинского персонала, как распознать, что ребенок готов к кормлению?										
Всего: Да 3										
Ограничивали ли Вы или кто-либо из медицинского персонала длительность кормления (при условии, что ребенок уже приложился к груди)?										
Всего: Нет 1										
Если ребенок приложен к груди	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
Больно ли Вам кормить грудью?										
Удобно ли Вам во время кормления?										
Всего: Да 2										
Рекомендовал ли Вам кто-то из медицинского персонала ограничивать длительность кормления грудью?										
Всего: Нет 1										

Если ребенок сосет грудь, оцените прикладывание (реководствуйтесь Рисунком 1).	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
Рот ребенка широко раскрыт										
Большая часть ареолы видна над верхней губой ребенка										
Нижняя губа вывернута наружу										
Подбородок ребенка прижат к груди матери										
Мать поддерживает ребенка под спину и под шею										
Во время прикладывания к груди и кормления затылок ребенка свободен										
Медицинский работник находится рядом с матерью и помогает ей										
Всего: 7										



Спросите медицинского работника в родильном зале	1		2		3		4		5	
Каковы признаки готовности ребенка начать кормление грудью?	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
Ребенок ищет грудь										
Ребенок тянется к груди										
Ребенок открывает рот										
Ребенок высовывает язык										
Ребенок берет кулачок / пальцы в рот										
Всего: 5										

Какие рекомендации Вы даете матери, если ребенок не интересуется грудью?	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
Сцедить немного молозива на губы ребенка										
Держать ребенка у груди в контакте «кожа к коже»										
Всего: 2										

Что Вы будете делать, если у матери втянутые соски?	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
Вначале я помогу матери удобно расположить ребенка у груди и дам ему время приложиться к груди (дети могут сосать грудь даже со втянутыми сосками)										
Я аккуратно помогу ей вытянуть соски с помощью шприца перед прикладыванием										
Я аккуратно помогу ей вытянуть соски с помощью молокоотсоса перед прикладыванием										
Всего: 3										
Назовите признаки правильного прикладывания ребенка к груди	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
Рот ребенка широко раскрыт										
Большая часть ареолы видна над верхней губой ребенка										
Нижняя губа вывернута наружу										
Подбородок ребенка прижат к груди матери										
Всего: 4										

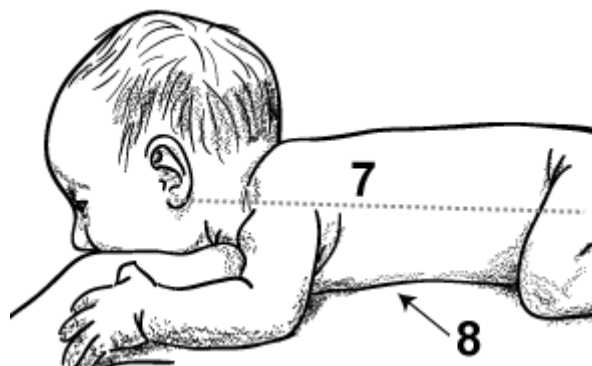
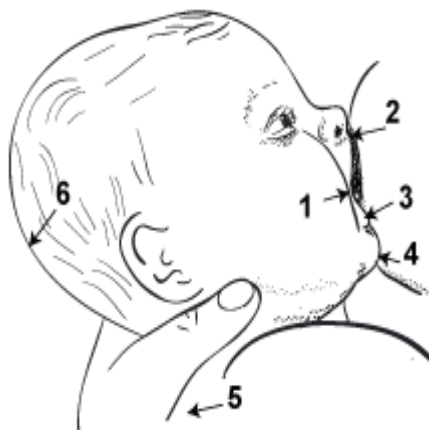
Навыки консультирования медицинского работника	1		2		3		4		5	
Навыки консультирования. Проследите за действиями медицинского работника, который отвечает за грудное вскармливание. Попросите его проконсультировать мать и помочь ей приложить ребенка к груди. Отметьте действия медработника, как описано ниже.	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
Медработник представился перед началом консультирования										
Медработник поздравил мать с рождением ребенка										
Медработник объяснил, что он поможет матери покормить ребенка грудью										
Медработник объяснил матери признаки готовности ребенка начать кормление										
Медработник помог матери повернуться на бок и комфортно расположить ребенка у груди										
Медработник порекомендовал матери сцедит молоко в родзале для маловесного ребенка, который не может сосать грудь.										
Всего: Да 6										

Спросите медицинского работника	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
Держите ли вы грудь матери во время прикладывания ребенка?										
Поддерживаете ли вы голову ребенка, когда помогаете ему приложиться к груди?										
Рекомендуете ли вы матери ограничить длительность кормления грудью?										
Принимаете ли Вы от коммерческих фирм образцы молочных смесей, в случае если Вам необходимо назначить молочную смесь ребенку?										
Всего: Нет 4										

НАБЛЮДЕНИЕ В ПОСЛЕРОДОВОМ ОТДЕЛЕНИИ										
	1		2		3		4		5	
<i>Общие характеристики</i>	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
Температура в помещении (22°C)										
Наличие плакатов и / или буклетов по грудному вскармливанию										
Ребенок одет в домашнюю одежду										
Мать спокойна и уверена в себе										

Общие характеристики	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
Родственники могут посещать мать в любое время										
Нет бутылочек, сосок и пустышек										
В палате есть вода, мыло и одноразовые полотенца										
Форма наблюдения за ребенком имеется в наличии и заполняется матерью										
Всего: Да (8)										
Ребенок туго спеленут										
Всего: Нет (1)										
Положение матери во время кормления (руководствуйтесь рисунками ниже)	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
Мать удобно расположена, расслаблена и готова кормит ребенка грудью										
Лицо и тело ребенка повернуты к матери, так что ребенок лежит на боку, а не на спине										
Ухо, плечо и бедро ребенка находятся на одной линии (см. Рисунок, п. 7)										
Ребенок тесно прижат к телу матери										
Ребенок животом прижат к телу матери (см. Рисунок, п. 8)										

Мать поддерживает ребенка под спину рукой вокруг шеи (см. Рисунок, п. 5)									
Мать не нажимает рукой на голову ребенка во время прикладывания и кормления (см. Рисунок, п. 6)									
Ребенок сосет глубокими, медленными, ритмичными движениями, с паузами, после которых он опять начинает сосать									
Ребенок не соскальзывает с соска во время кормления									
Всего: 9									



Прикладывание (руководствуйтесь рисунком выше)	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
Рот ребенка широко раскрыт (см. рисунок, п. 1)										
Большая часть ареолы видна над верхней губой ребенка (см. рисунок, п. 2)										
Нижняя губа вывернута наружу (см. рисунок, п. 3)										
Подбородок ребенка прижат к груди матери (см. рисунок, п. 4)										
Total: 4										
Послеродовое отделение. Интервью с матерью	1		2		3		4		5	
Спросите у матери в послеродовом отделении	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
Получал ли ребенок только молоко, без воды, чая или другой жидкости?										
Кормили ли Вы ребенка грудью 8 и более раз в сутки?										
Кормили ли Вы ребенка грудью ночью?										
Если ребенок крепко спит ночью, будите ли Вы его, чтобы покормить грудью?										
Безболезненно ли для Вас кормление грудью?										
Целы ли соски? (нет признаков трещин, повреждений и покраснений)										

Если у Вас болезненные ощущения в груди, помогал ли кто-либо из медицинского персонала приложить ребенка к груди, чтобы избежать боли?									
Отдыхаете ли Вы во время кормления грудью (нет более в спине, не устают руки)?									
Подходил ли к вам кто-либо из медицинского персонала, чтобы оценить прикладывание и положение ребенка у груди?									
Принесли ли Вам буклет по грудному вскармливанию и объяснили ли, как им пользоваться?									
Показали ли Вам хотя бы три положения для кормления грудью (лежа, сидя, «скрещенная колыбель»)?									
Рекомендовали ли Вам кормить ребенка исключительно грудью до возраста 6 месяцев, затем начать введение прикорма и продолжать грудное вскармливание до 2 лет и больше?									
Знаете ли вы, что исключительно грудное вскармливание в возрасте до 6 месяцев предотвращает наступление беременности в это время?									
Показывали ли Вам видеофильм о грудном вскармливании?									
Всего: Да (14)									

Продолжайте задавать вопросы матери в послеродовом отделении	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
Рекомендовал ли кто-либо из медицинского персонала увеличить интервалы между кормлениями грудью?										
Рекомендовали ли Вам ограничить потребление воды, когда приходит грудное молоко?										
Рекомендовали ли Вам не употреблять в пищу некоторые продукты во время грудного вскармливания? (напр., не есть овощей и фруктов)										
Советовали ли Вам давать ребенку воду / чай, особенно в жаркую погоду?										
Дарили ли Вам чай для детей или молочную смесь?										
Дарили ли Вам цветы или другие подарки от имени компаний-производителей молочных смесей (бутылочек)?										
Ждете ли Вы, пока ребенок заплачет, чтобы приложить его к груди?										
Всего: Нет (7)										